



Zdravotně
sociální fakulta
Faculty of Health
and Social Sciences

Jihočeská univerzita
v Českých Budějovicích
University of South Bohemia
in České Budějovice

**Komunikace jako součást ošetrovatelské péče
na oddělení urgentního příjmu**

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Studijní program:

SPECIALIZACE V OŠETŘOVATELSTVÍ

Autor: Bc. Natálie Krejčí

Vedoucí práce: doc. Mgr. Lenka Šedová, Ph.D.

České Budějovice 2023

Prohlášení

Prohlašuji, že svoji diplomovou práci s názvem „*Komunikace jako součást ošetrovatelské péče na oddělení urgentního příjmu*“ jsem vypracoval/a samostatně pouze s použitím pramenů v seznamu citované literatury.

Prohlašuji, že v souladu s § 47b zákona č. 111/1998 Sb. v platném znění souhlasím se zveřejněním své diplomové práce, a to v nezkrácené podobě elektronickou cestou ve veřejně přístupné části databáze STAG provozované Jihočeskou univerzitou v Českých Budějovicích na jejích internetových stránkách, a to se zachováním mého autorského práva k odevzdanému textu této kvalifikační práce. Souhlasím dále s tím, aby toutéž elektronickou cestou byly v souladu s uvedeným ustanovením zákona č. 111/1998 Sb. zveřejněny posudky školitele a oponentů práce i záznam o průběhu a výsledku obhajoby bakalářské/diplomové práce. Rovněž souhlasím s porovnáním textu mé diplomové práce s databází kvalifikačních prací Theses.cz provozovanou Národním registrem vysokoškolských kvalifikačních prací a systémem na odhalování plagiátů.

V Českých Budějovicích dne 9. 5. 2023

.....

Bc. Natálie Krejčí

Poděkování

Mé poděkování patří především doc. Mgr. Lence Šedové Ph.D, děkuji za cenné rady, za laskavý přístup a věnovaný čas při tvorbě této diplomové práce. Děkuji také všem informantům a respondentům, kteří se podíleli na realizaci výzkumného šetření v této diplomové práci. Nakonec děkuji svým nejbližším, kteří při mně stáli po celou dobu mého studia.

Komunikace jako součást ošetrovatelské péče na oddělení urgentního příjmu

Abstrakt

Cílem této diplomové práce byl zmapovat zvláštnosti komunikace sestry a pacienta na oddělení urgentního příjmu. V návaznosti na tento cíl byly stanoveny dvě výzkumné otázky v následujícím znění: „Jaké jsou zkušenosti pacientů s komunikací ze strany sestry na oddělení urgentního příjmu?“ a „Jaké problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem se vyskytují na urgentním příjmu?“ Dále byly stanoveny dvě hypotézy, které zní: „Znalost zásad komunikace se liší dosaženým vzděláním sestry.“ a „Znalost zásad komunikace se liší délkou praxe.“

K výzkumnému šetření bylo využito smíšené výzkumné strategie s využitím polostrukturovaných rozhovorů a nestandardizovaného dotazníku. Výzkumného šetření se zúčastnilo 12 pacientů, kteří byli ošetřeni a oddělení urgentního příjmu a 216 sester pracujících na oddělení urgentního příjmu. Rozhovory byly vyhodnoceny otevřeným kódováním metodou tužka-papír, takto zpracované výsledky byly následně kategorizovány. Testování hypotéz proběhlo pomocí neparametrické korelace - Spearmanův korelační koeficient v programu IBM SPSS Statistics 28.

Výsledky kvalitativního výzkumu poukazují na důležitost komunikace na oddělení urgentního příjmu. Pacienti hodnotí své zkušenosti především podle přístupu a komunikace ze strany personálu a jako problémy v komunikaci nejčastěji uvádějí nevhodnou komunikaci ze strany sestry, poté nedostatek času personálu, vysoký počet pacientů v čekárně či nedostatečně podané informace.

Výsledky kvantitativního výzkumu ukazují, že je statisticky významný vliv mezi vzděláním a znalostí zásad komunikace sestry. Dle výsledku testu hodnota p činila 0,01%. Tedy čím vyšší vzdělání, tím vyšší znalost zásad komunikace. Naopak mezi délkou praxe a znalostí zásad komunikace sestry, nebyla zachycena statisticky významná souvislost. Dle výsledku testu hodnota p činila 19,6%. Znalost zásad komunikace tedy nesouvisí s délkou praxe sester. Nejčastější bariéry z pohledu sestry jsou agrese ze strany pacienta a nedostatek času ze strany sester. Jedním z východisek

řešení bariér je jistě navýšení počtu personálu a celoživotní vzdělávání sester v rámci komunikačních dovedností.

Klíčová slova

Komunikace; sestra; pacient; urgentní příjem; stres; první kontakt

Communication as a component of nursing care in the emergency department

Abstract

The aim of this thesis was to chart the specifics of communication between nurses and patients in the emergency department. Two research questions were formulated based on this goal: "What are patients' experiences with communication from nurses in the emergency department?" and "What communication problems occur between nurses and patients in the emergency department?" Additionally, two hypotheses were developed, namely: "Nurses' knowledge of communication principles differs according to their level of education" and "Nurses' knowledge of communication principles differs by length of experience."

A mixed research strategy was used, including semi-structured interviews and an unstandardised questionnaire. The study involved 12 patients treated in the emergency department and 216 nurses working in the department. The interviews were evaluated with the open coding method, using pencil and paper, and the results were subsequently categorised. Hypotheses were tested using nonparametric correlation — Spearman's correlation coefficient in IBM SPSS Statistics 28 program.

The results of the qualitative research emphasise the importance of communication in the emergency department. Patients evaluate their experiences primarily based on the approach and communication from the staff. The most frequently reported communication issues are unsuitable communication from nurses, followed by the staff not having enough time, high numbers of patients in the waiting room, and insufficient information.

The quantitative results demonstrate a statistically significant effect between nurses' educational level and knowledge of communication principles. The test result yielded a p-value of 0.01%. Thus, the higher the educational attainment, the higher the knowledge of communication principles. In contrast, there was no statistically significant association between the length of experience and knowledge of communication principles. According to the test result, the p-value was 19.6%. Therefore, knowledge of communication principles is not related to nurses' experience. The most common barriers from the perspective of nurses are aggression from patients and a lack of time.

One of the solutions to the barriers is certainly to increase the number of staff and to ensure lifelong communication skills education for nurses.

Key words

Communication; nurse; patient; emergency; stress; first contact

Obsah

Úvod.....	10
1 Současný stav	11
1.1 Komunikace	11
1.1.1 Základní pojmy v komunikaci	11
1.1.2 Formy komunikace	15
1.1.2.1 Verbální komunikace.....	16
1.1.2.2 Neverbální komunikace.....	17
1.1.3 Komunikace ve zdravotnictví	19
1.2 Oddělení urgentního příjmu	21
1.2.1 Typy urgentního příjmu	22
1.2.2 Struktura urgentního příjmu.....	22
1.2.3 Triáž	24
1.2.3.1 Třídící systémy	25
1.2.3.2 Triáž na oddělní urgentního příjmu	28
1.2.4 Práce všeobecné sestry na oddělení urgentním příjmu.....	29
1.2.5 Komunikace na urgentním příjmu	30
1.3 Komunikace s vybranými specifickými skupinami pacientů.....	32
1.3.1 Komunikace s pacientem dle věkových skupin.....	32
1.3.1.1 Komunikace s dětským pacientem	32
1.3.1.2 Komunikace se seniorem.....	33
1.3.2 Komunikace se smyslově znevýhodněným pacientem.....	34
1.3.2.1 Komunikace s osobami se sluchovým znevýhodněním	34
1.3.2.2 Komunikace s osobami se zrakovým znevýhodněním.....	35
1.3.3 Využití kulturní kompetence v komunikaci.....	36
1.3.4 Komunikace s agresivním pacientem	39
2 Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy	41

3	Metodika.....	42
3.1	Použité metody a techniky sběru dat.....	42
3.2	Charakteristika výzkumného souboru.....	44
4	Výsledky výzkumného šetření	45
4.1	Výsledky kvalitativního výzkumného šetření.....	45
4.1.1	Identifikační údaje	45
4.1.2	Kategorizace výsledků.....	47
4.1.2.1	Kategorie 1 – Přivítání sestrou	47
4.1.2.2	Kategorie 2 – Sdělení informací.....	48
4.1.2.3	Kategorie 3 – Reakce na požadavky	49
4.1.2.4	Kategorie 4 – Zaměstnanost sestry	51
4.1.2.5	Kategorie 5 – Pocity pacienta.....	53
4.1.2.6	Kategorie 6 – Zpětná vazba.....	55
4.1.2.7	Kategorie 7 – Pozitivní prožitky pacientů	56
4.1.2.8	Kategorie 8 – Negativní prožitky pacientů.....	58
4.2	Výsledky kvantitativního výzkumného šetření.....	60
4.2.1	Grafické výsledky výzkumu	60
4.2.2	Statistické vyhodnocení hypotéz	79
4.2.2.1	Hypotéza 1	79
4.2.2.2	Hypotéza 2.....	84
5	Diskuze	89
6	Závěr.....	102
7	Seznam použité literatury	104
8	Seznam příloh.....	114
9	Seznam použitých zkratk.....	118

Úvod

Diplomová práce se zabývá komunikací na urgentním příjmu mezi sestrou a pacientem.

Komunikace patří mezi jeden z nejdůležitějších aspektů ošetrovatelské péče. Komunikace probíhá na úrovni verbální i neverbální, není to pouze sdělení informací, ale také sdílení pocitů. Mezi pacientem a sestrou, kteří spolu komunikují je vždy nějaký vztah. Sestra by se měla snažit o to, aby tento vztah byl důvěrný, partnerský a rovnocenný. V současné době je péče o pacienta zaměřena holisticky, kdy by měl být pacient vnímán jako jedinec se svými individuálními potřebami. Komunikace na oddělení urgentního příjmu je pro sestry náročná, protože se zde setkávají s pacienty všech věkových kategorií i s různými specifickými skupinami. Navíc často pracují ve stresu a v časové tísní a i přesto musí zůstat klidné a laskavé.

Diplomová práce je rozdělena na teoretickou a empirickou část.

Teoretická část se věnuje komunikaci, jejím definicím, typům a druhům. Dále se také zabývá komunikací v ošetrovatelství, komunikací mezi sestrou a vybranými specifickými skupinami pacientů. V neposlední řadě se zabývá strukturou a druhy urgentního příjmu, není opomenut triage pacientů a také je zde zahrnuta práce a komunikace sestry na urgentním příjmu.

Empirická část diplomové práce byla zpracována formou smíšeného výzkumu. V empirické části je popsána metodika, cíle, výzkumné otázky a hypotézy a výsledky výzkumného šetření, tedy výsledky rozhovorů s pacienty a dotazníků se sestrami. Cílem empirické části bylo zmapovat zvláštnosti komunikace sestry a pacienta na oddělení urgentního příjmu.

1 Současný stav

1.1 Komunikace

„Komunikaci můžeme z pohledu teorie komunikace chápat jako sociální interakci, v užším smyslu jako jazykové jednání. Společným jmenovatelem je zájem o zdroj informací, jejich mluvčího, způsob přenosu informace i její přijetí adresátem“ (Langer, 2013, s. 43).

Dle Zacharové (2016) je komunikace prostředkem socializace, tedy začlenění jedince do společnosti. Sociální skupina bez komunikace nemůže existovat. Je to univerzální nástroj k usměrňování mezilidských vztahů v lidské společnosti. Slouží pro předání určitého sdělení, dorozumívání se mezi jedinci (Zacharová, 2016). *„Pro člověka je komunikace jednou z nejdůležitějších potřeb života“* (Hanáková, 2016 s. 38).

Dle Tomové a Křivkové (2016) lze komunikaci chápat jako proces, který probíhá mezi lidmi, kdy jsou navzájem předávány informace prostřednictvím jistého kanálu, v určité formě a mající nějaký účinek (Tomová, Křivková 2016).

Dle Zacharové (2016) komunikace, ale není jenom předání informací a vzájemný kontakt, zahrnuje i sebezpetaci, naslouchání, vnímavost, emoce a prožívání všech zúčastněných. Nejedná se tedy pouze o sdělení, ale také o sdílení (Zacharová, 2016). *„Communicare est multum dare, tj. komunikovat znamená hodně dávat“* (Zacharová, 2016, s. 8). Komunikace je proces, který nás neustále obohacuje a rozvíjí, o komunikaci lze tedy hovořit jako o nekončícím procesu (Tomová, Křivková 2016). *„Umět dobře komunikovat znamená ovládat velmi těžké řemeslo“* (Adam et. al., 2011, s. 309).

1.1.1 Základní pojmy v komunikaci

Struktura komunikace

Dle Zacharové (2016) můžeme komunikační proces charakterizovat jako děj, který se odehrává vně tedy mezi lidmi, kteří spolu hovoří, zároveň tak i uvnitř každého účastníka komunikace. V každém komunikačním procesu je komunikátor, který informace posílá a komunikant, který je přijímá. Informace, které jsou posílány, mohou mít podobu verbální i neverbální a nazývají se komuniké. Pro předání obsahu slouží komunikační jazyk. Zde si musíme uvědomit, že i když mluvíme stejným jazykem, nemusíme si vždy rozumět, protože obsah sdělení může být chápán individuálně.

Dále je důležitý způsob, jakým se informace přenášejí, tedy komunikační kanál. Komunikační kanál může být bezprostřední nebo zprostředkovaný. Bezprostřední komunikační kanál je kontakt přímý tzv. face to face, který může být ve formě verbální, neverbální nebo prostřednictvím činů. Zprostředkovaný komunikační kanál představuje nepřímý kontakt mezi účastníky komunikace, a to například telefonicky, vizuálně, písemně, elektronicky apod. Důležitou roli v komunikačním procesu hraje také zpětná vazba, která dovolí příjemci informací nějakým způsobem reagovat (Zacharová 2016).

Komunikaci může narušovat tzv. komunikační šum. Tomová a Křivková (2016) uvádějí, že mezi komunikační šum můžeme řadit všechny podněty, které se prolínají komunikací a mohou více či méně komunikaci narušovat nebo ji zcela přerušit. Patří sem například ruch okolního prostředí jako projíždějící auta, v psané formě například příliš malé či nečitelné písmo (Tomová, Křivková 2016).

Dále je dobré zmínit komunikační kontext. Komunikační kontext je situace, ve které komunikace probíhá (Zacharová, 2016). Tomová a Křivková (2016) rozlišují vnitřní a vnější komunikační kontext. Vnitřní komunikační kontext zahrnuje dosavadní zkušenosti, způsob myšlení, paměť, emoční nastavení, fantazii, postoje a další. Naopak do vnějšího komunikačního kontextu řadíme například kulturu, jazyk, společensko-politické či sociálně politické nastavení. Mezi další aspekty, které komunikaci ovlivňují, patří vymezený čas, prostor kde komunikace probíhá, obsah komunikace, přítomnost emocí a vztah mezi komunikujícími, způsob vzájemného chápání, věk a pohlaví, pozice z hlediska moci a existence kontinuity, tedy možnost se k tématu vrátit. Můžeme rozlišovat komunikaci suportivní, kdy se komunikující ve svých myšlenkách a úvahách podporují nebo naopak komunikaci defenzivní neboli uzavřenou či podezíravou komunikaci (Tomová, Křivková 2016).

Účel komunikace

Zacharová (2016) uvádí, že komunikace má v praxi mnoho různých funkcí. Informativní funkce slouží pro výměnu informací či dat mezi lidmi. Funkce instruktivní rozšiřuje předchozí funkci o interpretaci pojmů, tedy vysvětluje významy, pojmy, návody, učí nás jak něco udělat nebo něčeho dosáhnout (Zacharová, 2016). Persuazivní funkce neboli funkce přesvědčovací, jenž má za úkol přesvědčovat, ovlivňovat či měnit názory. Persuazivní funkce může mít formu emocionální, kdy přesvědčování je zaměřeno na city, nebo naopak formu racionální – přesvědčování pomocí argumentů

(Tomová, Křivková 2016). Funkce posilující a motivující slouží například k zvýšení sebevědomí a podpoření přístupu. Zábavná funkce má za cíl pobavit, rozesmát, rozveselit či zabavit jedince. Poznávací funkce, kdy si sdělujeme své úmysly, vzpomínky, prožitky a každodenní zážitky, tato funkce úzce souvisí s funkcí informativní. Svěřovací funkce slouží pro předání soukromých a intimních informací většinou s očekáváním podpory a pomoci. Funkce úniková slouží k odreagování se a zbavení se psychické zátěže. Socializační a společensky integrující funkce využívaná k navazování, získávání a vytváření vztahů a dále funkce osobní identity ve smyslu sebekoncepce jedince, která má za úkol ujasnit si věci o sobě samém, uspořádat si své postoje a názory apod. Funkce komunikace nemají jasné hranice, často se prolínají (Zacharová, 2016).

Dle Ledererové (2014) je pro sestry znalost komunikačních funkcí důležitá, protože by měly umět rozlišit běžný hovor od profesionální komunikace, která má jistý účel (Ledererová, 2014).

Komunikační styly

Jak již bylo zmíněno, komunikace má svůj účel. Aby naplnila svoji funkci, je nutné využít správný komunikační styl. Komunikační styl můžeme zjednodušeně definovat jako určitý styl vedení rozhovoru či komunikace. Rozlišujeme pět druhů komunikačního stylu, mezi které patří – konvenční, konverzační, operativní, vyjednávací a osobní až intimní styl. Při konvenčním stylu probíhá komunikace krátce, účelem je konverzace se stvrzením dat v podobě pozdravů a nezávazných vět, přičemž emoce zde nehrají velkou roli. Pokud si jedinec konvenční styl zažije jako svůj osobní komunikační soubor, pomůže mu při komunikaci od nejistoty a rozpaků. Bezproblémová výměna konvencí přispívá znalost norem chování a dovedností, což označujeme jako bonton. Jedná se o formální styl řeči, kdy si lidé vyměňují poznatky například o počasí či politice. Konverzační styl je základem zdravé komunikace. Charakteristický je zde spíše pozitivní a rovnoprávný vztah mezi zúčastněnými. Slouží ke sdělení novinek, myšlenek, názorů a i tzv. „klepů“. Pro operativní komunikaci je charakteristický tzv. asymetrický vztah, kdy jeden ze zúčastněných je vždy nadřízený a druhý podřízený. Vhodný je tam, kde potřebujeme něco správně a rychle zajistit či vyřídit. Tento styl můžeme často vidět například u policie či hasičů, kde se jedná často pouze o příkazy či pokyny. Ovšem můžeme ho nalézt i v jiných zaměstnáních. Vyjednávací styl je jedna z významných a

náročných dovedností v komunikaci. Při tomto stylu jsou většinou dvě strany, které jsou v rovnováze, mají tedy stejnou mocenskou pozici. Využívá se tam, kde je potřeba se nějak rozhodnout. Osobní až intimní styl se vyznačuje emocemi a důvěrou mezi zúčastněnými. Styl se využívá při uspokojování potřeb a tužeb lidí. Uplatňuje se mezi lidmi, kteří k sobě mají blízký vztah, soucítí spolu či se milují. Komunikační styly se při komunikaci mohou často střídat. Ve vztahu sestra – pacient ještě můžeme rozlišovat symetrický a asymetrický komunikační styl. Symetrický styl je rovnovážný, kdy se při komunikaci střídají role komunikujícího a naslouchajícího. Jedná se o přátelský vztah s nabídkou pomoci. Naproti tomu asymetrický styl se vyznačuje nerovností, kde sestra je aktivnější a převládají zde příkazy či doporučení (Zacharová, 2016).

Komunikační modely

Dle Zacharové (2016) bylo dříve na komunikaci pohlíženo v lineárním pojetí, což představuje mluvčího a posluchače. V tomto pojetí tedy jeden hovoří a druhý poslouchá, přičemž mluvení a naslouchání probíhají v odlišné časové rovině. Později se lineární pojetí nahradilo interakčním. V interakčním pojetí komunikace se role mluvčího a posluchače střídají. Nyní se preferuje tzv. transakční proces. V transakčním pojetí je každý účastník komunikace považován zároveň za mluvčího i posluchače ve stejném čase.

V komunikaci můžeme rozlišit řadu komunikačních modelů, pro sestru je důležité, aby volila takový přístup k pacientovi, který daná situace vyžaduje. Mezi modely, které sestra může v praxi nejčastěji využít, patří například model terapeutický. Model je zaměřen hlavně na schopnosti a zkušenosti pacienta, lze jej využít například při edukaci. Další modelem je model kvalifikovaných lidských vztahů. Předpokladem tohoto modelu je, že komunikace ovlivňuje zdraví jedince, kdy je sestra schopna podat určité informace z více pohledů. Sociální model představuje běžné pravidla a normy dané společností, ze kterých sestra vychází, jedná se například o představení se, podání ruky apod. Informační model sestra využije při podávání běžných informací bez citového vyjádření. Hovorové modely se v ošetrovatelské praxi využívají běžně, kdy pacient během ošetřování hovoří například o sobě a své rodině, o své práci apod. Dialogický model představuje vzájemnou a hluboce obsáhlou komunikaci, kdy dává pacientovi prostor otevřeně hovořit o svých pocitech a myšlenkách. Při tomto modelu je

důležitá důvěra mezi sestrou a pacientem. Sestry používají komunikační modely každý den a mohou je využívat samostatně nebo je různě kombinovat (Zacharová, 2016).

Aktivní naslouchání

Dle Vévody (2013) je v komunikaci mezi pacientem a sestrou nezbytnou dovedností aktivní naslouchání. Aktivní naslouchání znamená, že sestra doopravdy vnímá informace předávané od pacienta a zároveň uplatňuje zpětnou vazbu (Vévoda, 2013). Naslouchání neznamená pouze, že slyšíme, ale také že jsme sdělení porozuměli. Zpětná vazba, se neobejde bez empatie. „*Empatie – znamená schopnost vcítění se do toho, co pacient zrovna prožívá*“ (Zacharová 2016, s. 31). Obvykle je empatie vnímána jako prosociální a má morálně pozitivní vliv na chování (Breithaupt, 2018).

1.1.2 Formy komunikace

Dle Zacharové (2016) se komunikace nejčastěji dělí na verbální a neverbální komunikaci (Zacharová, 2016). Janoušek (2015) dále rozděluje neverbální a verbální komunikaci na úmyslnou a neúmyslnou. To, jak moc bude komunikace verbální nebo neverbální, úmyslná či neúmyslná, závisí do jisté míry na tom, jaký je obsah při sdělování informací a zda má více kognitivní či emocionální charakter (Janoušek, 2015).

Dle Vévody (2013) spolu verbální a neverbální komunikace souvisí a ani jedné nemůžeme přisuzovat větší význam. Mezi nástroje k dorozumívání patří nejen řeč a jazyk a to v jakékoliv podobě, ale i prvky neverbální komunikace. Neverbální projevy usměrňují a zesilují efekt verbální komunikace (Vévoda, 2013).

Tomová a Křivková (2016) ještě uvádějí speciální formu komunikace a to komunikaci činem. Tato komunikace je vyznačována úkony - činy, které znázorňují vztah člověka k druhé osobě. Jedná se tedy o vyjádření úcty a respektu, nebo opovržení a neúcty. Činy člověka by měly odpovídat tomu, co člověk říká nebo co slíbí. Pokud se činy neshodují s tím, co člověk říká, daná osoba si nikdy nevytvoří respekt u jiných lidí (Tomová a Křivková, 2016).

Dle Mikuláščíka (2010) v literatuře můžeme dohledat ještě mnoho dalších forem komunikace například: komunikaci záměrnou, nezáměrnou, vědomou, nevědomou, pozitivní, negativní, afektivní, kognitivní, interpersonální - komunikace mezi dvěma a více lidmi, intrapersonální - vnitřní monolog nebo dialog, samomluva a další.

Rozhovor je běžnou každodenní interpersonální aktivitou. Ne každý ovšem dokáže hovořit efektivně, jak by se mohlo zdát, nepomůže tomu ani kvalitní odborné vzdělání. Někdo je lepší při vyjadřování slov, jiný při vyjadřování mimoslovních projevů. Verbální a neverbální komunikace se prolínají, doplňují a dokonce může i jedna zcela zastoupit druhou (Mikuláščík, 2010).

1.1.2.1 Verbální komunikace

„Verbální komunikace je specificky lidský proces a jev patřící k podstatným charakteristikám lidského jedince i lidského společenství“ (Janoušek, 2015, s. 10). Verbální komunikace je nepostradatelná pro myšlení a společenský život. Základem verbální komunikace ale nejsou pouze slova, nýbrž pochopení, protože jeden informace předává a druhý se snaží sdělení porozumět. *„Význam řeči tedy určují lidé, ne slova“* (Zacharová 2016, s. 29).

Zacharová (2016) rozděluje verbální komunikaci na přímou nebo zprostředkovanou, mluvenou nebo psanou, živou nebo reprodukovanou (Zacharová, 2016).

Podle Janouška (2015) verbální komunikace probíhá na více úrovních, lze ji rozdělit na komunikaci interpersonální, intrapersonální a skupinovou nebo masovou komunikaci (Janoušek, 2015). Intrapersonální komunikace nebo také vnitřní komunikace probíhá celodenně v mysli jedince. Přičemž analyzuje situace, chválí se, raduje se, zlobí se, nadává si, soustředí se, ukládá si do paměti, vybavuje si apod. Interpersonální komunikace je dialog či rozmluva, kdy si jedinci navzájem vyměňují, předávají informace či názory. Velkou roli, zde hraje efektivní naslouchání. Komunikace ve skupině, tedy komunikace mezi několika lidmi je náročný psychologický proces, kdy je potřeba udržet pozornost na několika úrovních (Adam et al., 2011).

Pokud chceme, aby verbální komunikace byla úspěšná a efektivní, musíme se soustředit na určité prvky při projevu. Mezi tyto prvky patří délka projevu, pomlky či úplné přerušování, důležité je také načasování, spolehlivost informací a oboustrannost, čili střídání rolí mluvčího a posluchače (Zacharová, 2016). *„Efektivní verbální komunikace by měla být jasná, stručná a srozumitelná“* (Vévoda 2013, s. 67).

Umět navazovat verbální kontakt a dále jej rozvíjet je při péči o pacienty je důležité. Slova mají velkou hodnotu a to nejenom při předávání informací, pomocí slov sestra

pacientovi objasňuje určité odborné skutečnosti, ujišťuje, motivuje a podporuje pacienta a sama informace dostává. Než sestra začne hovořit, musí zvážit, jaká slova použije a užít je uvědoměle, někdy i úmyslně – s nějakým cílem. Sestra by při rozhovoru s pacientem měla využívat nedirektivní empatický rozhovor, který je významnou součástí ošetrovatelské péče. Použití tohoto typu rozhovoru může navodit přívětivé a bezpečné prostředí a umocnit tak důvěru mezi sestrou a pacientem. Sestra by měla projevovat zájem, empatii a snažit se pochopit pacientovi pocity. Naopak při sdělení vlastního názoru by měla být opatrná (Zacharová, 2016).

1.1.2.2 Neverbální komunikace

Nejenom slovy, ale i mimoslovní komunikací člověk vyjadřuje svoje city a vnitřní postoje. Neverbální komunikace, řeč doplňuje a mnohdy ji může nahradit. Neverbální komunikaci můžeme dobře pozorovat, ale vykládá se obtížněji (Zacharová 2016). „*Neverbální komunikace je tedy komunikace prostřednictvím „řeči těla“, zde se „zakresluje obraz duše“ – nálady, emoce, prožívání*“ (Zacharová, 2016, s. 55).

Při kontaktu s pacientem sestra musí umět ovládat vlastní neverbální projevy a stejně tak vnímat pacientovi, protože mimoslovní komunikace je na rozdíl od slovní komunikace většinou neúmyslná (Zacharová, 2016). Verbální projev podléhá mnohem větší kontrole, na rozdíl od projevu neverbálního, kde je kontrola obtížnější (Strnadová, 2011). V mimoslovní komunikaci můžeme rozdělit neverbální projevy na spontánní, naučená a neuvědomovaná. Používání některých neverbálních signálů může být i vrozené (Giddens, 2013). Většina neverbálních projevů je na nevědomé úrovni (Strnadová, 2011).

Mezi prvky neverbální komunikace patří mimo jiné i vzhled. Sestra, která by byla neupravená a bez uniformy, může vzbuzovat pochybnosti (Špatenková, Králová 2009).

Neverbální komunikaci můžeme dělit na několik různých složek.

Proxemika je věda zabývající se vzájemnými pozicemi dvou či více osob ve společně sdíleném prostoru. Proxemika může být vnímána horizontálně či vertikálně. Horizontální je vzdálenost mezi komunikujícími lidmi a vertikální popisuje vztah ve výškové úrovni, například ji můžeme určit výškou očí. Vzdálenost mezi dvěma lidmi můžeme rozdělit do určitých zón. Intimní zóna je přístupná pouze pro nejbližší příbuzné a přátele, vzdálenost mezi lidmi se uvádí 15 – 30 cm. Pokud do intimní zóny

vstoupí „nezvaný“ člověk, vyvolá tím nepříjemné pocity a snahu se z této situace dostat pryč. V nemocnici se sestra často do intimní zóny pacienta dostává při odborných úkonech, což může být pro pacienta nepříjemné, je tedy žádoucí, aby pacientovi sdělila důvod a dobu trvání. V osobní zóně je uváděna vzdálenost mezi osobami 45 – 120 cm. V této zóně je ještě možný fyzický kontakt, například podání ruky. V sociální (společenské) zóně je vzdálenost mezi osobami uváděna 120 – 360 cm. V této zóně již není možný fyzický kontakt, ale ani výměna emocí. Poslední zóna se jmenuje veřejná se vzdáleností 360 cm a více, příkladem mohou být semináře (Zacharová, 2016).

Špatenková a Králová (2009) uvádějí, že každému jedinci je při komunikaci příjemná jiná vzdálenost. Pokud by se jeden člověk chtěl druhému přiblížit, ale ten druhý by se naopak chtěl vzdálit, potom mezi nimi vzniká tzv. proxemický tanec. Proxemický tanec tedy je, kdy jeden vzdálenost zkracuje a druhý naopak zvětšuje (Špatenková a Králová, 2009).

Haptika je část mimoslovní komunikace zabývající se dotyky. Při dotyku vnímáme teplotu (teplo či chlad), vibrace, chvění, ale i bolest. Důležitou součástí haptiky je podání ruky. Při podání ruky se zaměřujeme na intenzitu stisku, délku stisku (cca 5 vteřin), vhodný je oční kontakt a naopak by ruka neměla být vlhká apod. Tyto ukazatele je důležité sledovat, protože by mohly být projevem pochybností, plachosti či dokonce agrese. V určitých situacích mezi sestrou a pacientem je vhodné pohlazení či objetí.

Posturologie je vědní disciplína prezentující tělesné postoje, dále držení těla a polohového uspořádání. Ve vztahu sestra – pacient je vhodně zvolit polohu, která bude rovnocenná, například pokud pacient leží, sestra by se při rozhovoru měla posadit.

Kinetika se zabývá pohyby těla, jak rychlé jsou, jak dlouho trvají a jaký je jejich soulad. Studuje nejen pohyby celého těla, ale i jeho částí. Ve zdravotnictví pohyby poukazují na zdravotní stav pacienta, dále se užívá při rehabilitaci či znakové řeči. Gestika je součástí kinetiky. Mezi známé gesta řadíme pohyby hlavy, například kývání hlavou vyjadřuje souhlas či nesouhlas, rukama například zdravíme či prosíme.

Mimikou můžeme vyjádřit duševní stav za pomoci mimických svalů. Z mimiky můžeme poznat mnoho, ale nejčastější spojení je s emocemi. Například úsměv je jeden z nejvíce účinných nástrojů komunikace, vyjadřuje přátelství. Patří sem i pláč, pohled, oční kontakt apod. (Zacharová, 2016).

1.1.3 Komunikace ve zdravotnictví

Mezi lidmi, kteří spolu hovoří, je vždy nějaký vztah. Pokud je tento vztah kladný, označujeme jej jako evalvací. Evalvace je pozitivní zvedá sebehodnocení nemocného, kdy sestra poskytuje pochopení a vyjadřuje úctu. Projevení respektu, taktu a uznání je klíčem k vybudování kladného vztahu mezi sestrou a pacientem. Zdravotničtí pracovníci by neměli podceňovat důležitost evalvace ve svém povolání. Evalvace se může projevit mnoha způsoby. Patří sem vřelé přivítání a pozdravení, pochvala a povzbuzení pacienta, aktivní zájem o pacientovi potřeby, aktivní naslouchání a projev empatie, rovnocenný vztah mezi sestrou a pacientem a v neposlední řadě i vhodně zvolený humor. Můžeme říci, že základním předpokladem pro úspěšnou evalvací pacienta je správně vedená komunikace.

Naopak tomu devalvace znamená snižování hodnoty druhého člověka a má negativní dopad na lidskou psychiku. Ten, který devalvací způsobí, na své jednání často brzy zapomene, hlavně v případě, kdy to udělá nevědomky. Ale člověk, který je devalvován na tuto situaci může vzpomínat i několik let a může mu působit psychické trápení. Devalvací můžeme snadno snížit pacientovo sebevědomí, a proto je důležité, aby se tomuto chování zdravotníci zcela vyvarovali. Existuje více devalvačních forem. Příkladem může být tzv. „elderspeak“ termín, který označuje devalvací seniorů a geriatrických pacientů, který se vyznačuje infantilním chováním, kdy sestra používá zdvořiliny, oslovuje pacienta dětskými pojmenováními apod. Dále sem můžeme řadit situaci, kdy sestra zjišťuje osobní až intimní informace v přítomnosti jiných pacientů. Patří sem i ignorace či přehlížení pacienta, podceňování intelektu, přílišné používání odborných termínů, povýšený a neosobní přístup, hrubé až násilné chování, skákání do řeči, shazování pacienta před ostatními lidmi, šikana a křivé obvinění. Naopak i pacient se může chovat devalvačně, protože je sám devalvován svým onemocněním (Zacharová, 2016; Pokorná 2010, 2008; Kalvach et al., 2011; Špatenková a Králová 2009).

Vévoda (2013) uvádí, že utvářet a udržovat dobré vztahy mezi sestrou a pacientem, sestrou a rodinou pacienta a mezi zdravotníky samotnými je důležitou součástí ošetrovatelské péče. V ošetrovatelství se jedná hlavně o předávání informací souvisejících s ošetrovatelskou péčí a zdravotním stavem pacienta. Ať už se jedná o předání pozitivní či negativní zprávy, vždy je lepší, když mezi jedinci vládne dobrý

vztah. Pokud je mezi jedinci špatný vztah, může pak snadno dojít k problematickému přenosu a interpretaci informací (Vévoda, 2013).

Základním kamenem všech činností, které sestry provádějí je komunikace. Efektivní komunikace je produktivní, má tedy určitý výsledek a určitý cíl. Efektivní komunikace je vědomá, dá se naučit. Pokud sestra využívá efektivní komunikaci je schopna dobře identifikovat pacientovi potřeby a zároveň je i uspokojit. *„Velmi podstatné je, že efektivní komunikace neznamená nejen umět dobře naslouchat, ale také adekvátně – efektivně reagovat“* (Trešlová, 2017, s. 21). Sestry, které umí efektivně komunikovat, mohou lépe udržovat kvalitní a důvěrný vztah s pacientem a jeho rodinou. Důvěra mezi sestrou a pacientem je důležitá také pro zmírnění či zbavení obav pacienta. Pro splnění předpokladů úspěšné komunikace je individuální přístup. To, co jeden pacient považuje za nepřijatelné, druhý pacient může považovat za samozřejmé a naopak. Každý pacient se od ostatních odlišuje například pohlavím, věkem, duševním či fyzickým zdravotním stavem, kulturními zvyky, sociální situací apod., každý pacient je tedy jedinečná osobnost a tak i komunikace s každým pacientem je jedinečná (Trešlová, 2014; Pokorná 2010; Zacharová 2010). Dle Jacka et al. (2019) je efektivní komunikace základem pro rozvoj terapeutického vztahu (Jack et al., 2019).

Terapeutická komunikace neboli léčebná komunikace má pacientovi pomoci najít způsob k zvládnutí složité situace či pocitu, poskytuje oporu při těžkém rozhodování, přijetí špatných zpráv či přizpůsobení se na změnu. *„Sestra naplňuje terapeutický přístup tím, že aktivně naslouchá, projevuje porozumění přitakáním, opakováním. Reflexí vyjadřuje zájem o pacientovi emoce. Podporuje pacientovy různé pohledy na situaci, pomáhá při hledání nových možností a porovnává je, stimuluje k přijetí vybraného řešení. Pomáhá k sebepochopení, podporuje sebeúctu“* (Trešlová, 2017, s. 17). Na terapeutickou komunikaci by se sestra měla připravit, tak aby s pacientem nebyli ničím rušeni a mohli navázat kvalitní terapeutický vztah. Důležité také je, aby se sestra nesoustředila pouze na to, co pacient říká, ale i na to co neříká – na skryté myšlenky a pocity (Trešlová, 2017).

Jack et al. (2019) popisuje terapeutickou komunikaci jako interakci mezi sestrou a pacientem, která ze strany sestry zahrnuje důležité aspekty, jako je oční kontakt, „otevřenou“ řeč těla, aktivní naslouchání, umění mlčet ve správné chvíli, empatii a respekt (Jack et al., 2019).

Dle Zacharové a Šimíčkové (2011) je spokojený pacient cílem komunikace ve zdravotnictví i zdravotnického personálu. Zvládnutí komunikace sestře napomáhá k rozvíjení kvalitních vztahů, jak s pacienty, tak i uvnitř zdravotnického týmu. Z čehož vyplývá, že čím má sestra lepší schopnost komunikace, tím dokáže poskytovat kvalitnější a efektivnější ošetrovatelskou péči a lépe uspokojuje pacientovi potřeby (Zacharová a Šimíčková 2011).

1.2 Oddělení urgentního příjmu

„Kontaktní místo je pracoviště poskytovatele akutní lůžkové péče s nepřetržitým provozem, které přijímá výzvy od zdravotnického operačního střediska nebo pomocného operačního střediska k přijetí pacienta, trvale eviduje počet volných akutních lůžek poskytovatele akutní lůžkové péče a koordinuje převzetí pacienta mezi poskytovatelem zdravotnické záchranné služby a cílovým poskytovatelem akutní lůžkové péče“ (Zákon č. 374/2011 Sb.).

„Urgentní příjem je zřizován jako samostatné specializované pracoviště poskytovatelů poskytujících akutní lůžkovou péči s nepřetržitým provozem 24 hodin denně po 7 dnů v týdnu. Zajišťuje příjem a poskytování akutní intenzivní lůžkové péče a akutní specializované ambulantní péče pacientům s náhle vzniklým závažným postižením zdraví, pacientům v přímém ohrožení života a také pacientům s náhlou změnou zdravotního stavu. Je určen pro pacienty transportované do zdravotnického zařízení výjezdovou skupinou zdravotnické záchranné služby a pro pacienty s akutním zdravotním problémem, kteří přicházejí sami bez doporučení lékaře“ (Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2020).

Zjednodušeně lze říci, že urgentní příjem je místo, kde jsou ošetřováni a přijímáni pacienti pro akutní onemocnění (Polák, 2016).

První kontakt pacienta v lůžkovém zdravotnickém zařízení je právě na urgentním příjmu, kde je zajištěno vyšetření, stabilizace životních funkcí a primární ošetření, dále je rozhodováno o přijetí či nepřijetí pacienta na akutní lůžko poskytovatele. V rámci péče na urgentním příjmu je garance okamžité dostupnosti lékaře, dále týmu konziliárních lékařů a to především v oborech vnitřního lékařství, chirurgie, anestezie a urgentní medicíny. Urgentní příjem poskytuje zároveň systém diferencované péče, kdy je pracovníky urgentního příjmu určen následný směr pacienta a charakter lůžka (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2019).

Zřizování urgentních příjmů je zejména proto, aby se zkrátil čas mezi příchodem pacienta do nemocnice a intervencí, která je nutná pro přežití či zásadně ovlivňuje pacientovo zdraví. Měřítkem kvality jsou charakteristicky časy: u cévní mozkové příhody dveře – trombolýza, u perkutánní koronární intervence dveře – balonek, u sepse dveře – antibiotika, u traumat dveře – operace apod. (Šoupal, 2016).

1.2.1 Typy urgentního příjmu

V České republice v současné době funguje celkem 96 poskytovatelů urgentního příjmů různých typů a z toho 13 poskytovatelů I. a typu urgentního příjmu, 4 poskytovatelé I. b typu, 64 poskytovatelů II. a typu a 15 poskytovatelů II. b typu (Ministerstvo zdravotnictví České republiky, 2020).

Typy urgentních příjmů se dělí podle rozsahu poskytovaných služeb a to na typ I a II. Urgentní příjem typu I poskytuje akutní lůžkovou péči se statutem centra vysoce specializované péče. Urgentní příjem typu II poskytuje akutní lůžkovou péči. Tento typ urgentního příjmu nemá statut centra vysoce specializované péče, ale poskytuje zdravotní péči v oborech vnitřního lékařství, chirurgie, gynekologie a porodnictví a anesteziologie a intenzivní medicíny (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2020.).

Urgentní příjem typu I rozlišujeme na urgentní příjem typu Ia a urgentní příjem Ib. Urgentní příjem typu Ia poskytuje vysoce specializovanou traumatologickou péči pro dospělé nebo děti, typ Ib splňuje požadavky typu II, ale navíc ještě plní funkci krajské nemocnice a je držitelem statutu Centra vysoce specializované péče o pacienty s iktem.

Stejně tak urgentní příjem typu II rozlišujeme na typ IIa a IIb. Typ IIa disponuje lůžky v odbornostech: interna, chirurgie, gynekologie a porodnictví a ARO, s nepřetržitým provozem 24 hodin denně po 7 dnů v týdnu v odbornosti klinická biochemie a odbornosti radiologie a zobrazovací metody. Typ IIb nesplňuje podmínky typu IIa, ale je v síti poskytovatelů zdravotní služby nezbytný pro zajištění dostupnosti akutní lůžkové péče ve vybraných oborech daného regionu na úrovni okresu (Ministerstva zdravotnictví České republiky, 2019).

1.2.2 Struktura urgentního příjmu

Dle Sansfacona et al. (2013) obsahuje oddělení urgentního příjmu celkem 3 hlavní místa pro ošetřování. Prvním z nich je velká crash room, tedy místnost s plným resuscitačním

a monitorovacím vybavením, dále expektační lůžka - jednotku pro krátkodobou péči a prostory pro ambulantní péči. K vedlejším prostorám urgentního příjmu patří rentgenové pracoviště s ultrasonografií a počítačovou tomografií, zákrokový sál pro malé výkony, sádrovna a recepce s čekárnou (Sansfacon et al., 2013).

Urgentní příjem rozdělujeme na příjmovou část, ambulantní část, expektační lůžkovou část, resuscitační a intenzivní lůžkovou část a heliport.

Příjmová část urgentního příjmu se dělí na recepci a kontaktní místo. Recepce je první částí urgentního příjmu pro příchozí pacienty, kde je prováděna tzv. triáž, tedy třídění pacientů, čímž se určí vstupní priorita ošetření. Recepce by měla být situována v návaznosti na čekárnu – prostor pro pacienty čekající na ošetření a vždy by zde měl být přítomen kvalifikovaný nelékařský zdravotnický pracovník (všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář). Kontaktní místo spolupracuje s poskytovatelem zdravotnické záchranné služby – přijímá informace, trvale zaznamenává počty volných akutních lůžek, koordinuje převzetí pacienta atd. Ambulantní část je pro ošetření pacientů bez závažného postižení zdraví a přímého ohrožení života. Expektační lůžková část slouží ke krátkodobému sledování pacientů, kde se provádějí nutná vyšetření, potřebná k diagnostické rozvaze, dále ke krátkodobé terapii a monitoraci pacienta nebo slouží pro pacienty, kteří čekají na uvolnění lůžka cílového oddělení (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2020). Dle Remeše a Trnovské (2013) mají expektační lůžka tzv. halovým systémem péče - jednou velkou místností s lůžky umístěnými vedle sebe, oddělenými pouze zástěnou. Každé expektační lůžko má monitor s propojením na centrální monitor v personálním zázemí, dále připojení k panelu medicínálních plynů a polohovací postel se stolkem (Remeš a Trnovská, 2013). Resuscitační a intenzivní lůžková část je pro pacienty se závažným postižením zdraví a pacienty v přímém ohrožení života. Zde jsou prováděna pouze nezbytná vyšetření a léčba a nadále jsou pacienti předáni nejčastěji na intenzivní akutní lůžka či operační sály. Heliport – místo pro přistání vrtulníků letecké záchranné služby (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2020). Remeš a Trnovská (2013) uvádějí, že umístění bývá specifické pro jednotlivá zdravotnická zařízení (střecha budovy, zpevněná plocha v areálu nemocnice). Vždy musí vyhovovat příslušným normám (Remeš a Trnovská, 2013).

Dle Sharona (2015) můžeme v literatuře ještě najít rozdělení urgentního příjmu na vysokoprahový, nízkoprahový a bezprahový. Vysokoprahový příjem (emergency

room/crash room), slouží k přijetí pacientů, kterým selhaly nebo selhávají základní životní funkce a jsou tedy v přímém ohrožení života (Sharon, 2015). Nízkoprahový urgentní příjem tvoří ambulance specializované v chirurgii, traumatologii, vnitřním lékařství, neurologii a urologii. A bezprahový urgentní příjem, který zastává roli praktického lékaře k řešení akutních stavů pacientů nevyžadující specializovaného lékaře (Remeš a Trnovská, 2013).

Oddělení dětského urgentního příjmu je v České republice pouze jeden a to v Praze ve fakultní nemocnici Motol, funguje od roku 2011. Urgentní příjem slouží pro pacienty ve věkovém rozmezí ode dne jejich narození až do dne před jejich devatenáctými narozeninami. Pro dětské pacienty jsou tu dvě „vstupní brány“ – první branou je široké spektrum odborných pediatrických ambulancí (dětská chirurgie, ortopedie, ORL a neurologie), kam přicházejí pacienti sami v doprovodu jejich rodičů s akutním onemocněním mimo ordinační hodiny svého lékaře. Druhou branou je urgentní příjem dětí - emergency, kam jsou dětské pacienty přivezeni zdravotnickou záchrannou službou. Emergentní část je jak kontaktním místem dětské části, tak zároveň centrem dětského traumacentra. Je vybavena 4 observačními lůžky, 2 vyšetřovacími lůžky a vyhřívaným lůžkem pro kojence, přičemž jsou všechna lůžka monitorována. Dále zde je zákrokový sálek a sádrovna. Vyšetřovací trakt je vybaven analyzátozem hodnot acidobazické rovnováhy, EKG, CT, ultrasonografií a RTG (Petržela, 2012; Dissou 2018, 2015).

1.2.3 Triáž

Dle Poláka (2015) je třídění pacientů nebo tzv. triage pojem, který zavedl francouzský chirurg baron Dominique Jean Larrey v roce 1792 (Polák, 2015). Triage lze v české terminologii chápat jako označení pro postup třídění zraněných osob (Hubáček, 2017). Triage lze označit za proces přidělení a upřednostnění lékařské péče a to v rámci přednemocniční péči, dále se využívá na urgentních příjmech a v případech hromadného neštěstí. Třídění je založeno na parametrech vitálních funkcí a důležitých symptomech k rozlišení závažnosti zranění či onemocnění, načež se poté pacienti kategorizují (Polák, 2018). Jedná se tedy o proces určující prioritu ošetření pacienta podle časové naléhavosti.

Třídění pacientů můžeme rozdělit na primární, sekundární a terciální. Primární třídění je typické pro hromadné neštěstí (hromadné postižení osob) a je prováděno v místě

prvotního zásahu. Primární třídění má být rychlé (nemá trvat déle než jednu minutu) a provádí se pomocí algoritmu START, u dětí jumpSTART. Sekundární třídění je prováděno na místě a po příjezdu pacienta do nemocnice na oddělení urgentním příjmu. Toto třídění je prováděno opakovaně. Mezi sekundární třídění řadíme i tzv. retriage po terapeutické intervenci ve shromáždění raněných před transportem do nemocnice. Terciální třídění se provádí v nemocnici a patří sem podrobné vyšetření, odborná léčba a určení následného postupu a umístění pacienta k definitivní péči (Štětina, 2014). Dle Yancey CC a O'Rourke M (2021) lze třídění rozdělit do tří fází: přednemocniční třídění, třídění na místě události a třídění po příjezdu na oddělení urgentního příjmu (Yancey CC. a O'Rourke M., 2021).

1.2.3.1 Třídící systémy

Triage systém byl poprvé implementován v nemocnicích v roce 1964, kdy Weirman et al. publikoval systematický výklad civilních pohotovostních útvarů pomocí třídění. Dnes je třídění stále hluboce integrováno do zdravotnictví. Po celém světě jsou implementovány různé systémy třídění, ale univerzálním cílem třídění je poskytovat pacientům účinnou a prioritní péči a zároveň optimalizovat využití zdrojů a načasování (Yancey CC and O'Rourke MC, 2021).

Dle Štětiny 2014 mají všechny třídící systémy společné znaky a to: jedno konkrétní vstupní místo pro pacienty, vhodné prostředí, které umožní provést krátké posouzení pacienta s vybavením pro poskytnutí první pomoci a systém pro zpracování informací pacientů, který umožňuje plynulý a snadný postup informací o pacientech od okamžiku třídění přes posouzení, léčbu, propuštění či překlady a aktuálních dat o prioritě ošetření pacientů. Dále by měla třídící skupina pouze hodnotit a neošetřovat s výjimkou záklonu hlavy k uvolnění dýchacích cest, dále s výjimkou zástavy tepenného krvácení a uvedení pacienta do stabilizované polohy (Štětina et al., 2014).

Existuje mnoho různých třídících systémů, od dvou a třístupňových používaných zejména v přednemocniční péči, až po čtyřstupňové a pětistupňové (Christ et al., 2010). Pro představu uvádíme některé typy třídících systémů.

První třídící systém je metoda Simple Triage and Rapid Treatment (Snadné Třídění a Rychlá Terapie), tedy START systém. Jedná se o jednoduchý systém třídění, bez použití jakéhokoliv přístrojového vybavení. Cílem této metody třídění je upřednostnění pacientů na základě objektivních fyziologických a pozorovacích údajů.

START přiděluje prioritu léčby na základě několika faktorů a to: chůze pacienta, průchodnosti dýchacích cest, frekvenci dýchání, hmatatelnosti radiálního pulzu, kapilárního návratu delšího nebo kratšího než dvě vteřiny, a na schopnosti chápat a vykonávat jednoduché příkazy. Pro jeho jednoduchost se odsvědčil v tzv. laickém prvotním třídění. Tento čtyřstupňový systém je využíván v České republice a patří mezi primární třídění, které je většinou využíváno v místě prvotního zásahu. Systém rozděluje pacienty dle priority ošetření do čtyř skupin, přičemž každá skupina má svoji barvu. Zelená barva označuje chodící, soběstačné, lehce raněné pacienty. Žlutá barva pro raněné, kteří jsou v danou chvíli stabilní a nejsou bezprostředně ohroženi na životě. Červená barva označuje pacienty ve stavech neodkladných a život ohrožujících, tedy stavy s nejvyšší (urgentní) naléhavostí. Tito pacienti mají přednost ošetření. Černá barva označuje osoby mrtvé, nebo jejichž zranění není slučitelné se životem. Barvy jsou pacientům přidělovány pomocí visaček či náramků (Štětina et al., 2014; Hubáček et al., 2017). Systém START je celosvětově nejoblíbenější, především specificky používaný při třídění raněných při hromadných neštěstích. Ovšem Franc et al. (2022) ve svém výzkumu poukazuje, že tento systém není dostatečně přesný, aby sloužil jako spolehlivý nástroj pro třídění při hromadných neštěstích. Přestože přesnost START může být podobná jako u jiných modelů třídění katastrof, je třeba naléhavě pokračovat ve vývoji přesnější metody třídění (Franc et al., 2022). V jiné studii zkoumali přesnost systému START při jeho využití na urgentním příjmu při hromadném neštěstí. Studie prokázala nepřesnost při zařazování pacientů do kategorií, ale systém uznala jako přijatelný z hlediska identifikace urgentních případů a zemřelých, a také přijatelný pro predikci k hospitalizaci na jednotky intenzivní péče či pro predikce k operacím. Ačkoli START není dokonalý, zjištění naznačují, že by mohl být použit na urgentním příjmu pro třídění obětí hromadného neštěstí souvisejících s traumatem (Lin et al., 2021). Arshad et al., (2015) ve své studii zkoumali, zdali by modifikace systému START (přidáním tzv. oranžové kategorie mezi červenou a žlutou) mohla při simulovaných hromadných nehodách snížit míru nadměrného a nedostatečného třídění. Do oranžové kategorie byli řazeni pacienti s bolestí na hrudi nebo dušností bez zjevného traumatu. Tento modifikovaný model nazvali systém FDNY-START. Výsledkem je, že FDNY-START může poskytovatelům umožnit upřednostňovat zraněné pomocí střední kategorie (oranžová), která je lépe sladěna tak, aby vyhovovala potřebám pacientů, a jako takový může snížit míru nadměrného třídění ve srovnání se systémem START. Dále naznačuje,

že FDNY-START může zlepšit třídění s minimálním dodatečným školením a náklady (Arshad et al., 2015).

ESI – Emergency Severity Index neboli index naléhavosti je pětiúrovňový triážní algoritmus, který byl vyvinut v USA, kdy prioritou ošetření je určena na základě závažnosti choroby a předpokládaných potřebách využití zdrojů. Tento algoritmus se sestává ze čtyř rozhodujících okamžiků, při kterých vyškolená triážní sestra klade klíčové otázky (Hubáček, 2017). Podle těchto bodů triážní sestra poté zařadí pacienta do jedné z 5 úrovní ESI. Například pacient, který je nestabilní a potřebuje život zachraňující zásah, by byl klasifikován jako ESI úrovně 1, příkladem jsou pacienti s hemodynamickou či respirační nestabilitou (Singer et al., 2012). Do úrovně 2 potom spadají pacienti, kteří mají potencionálně život ohrožující příznaky jako například bolest za hrudní kostí s akutním koronárním syndromem či ztrátou vědomí, dále třeba intoxikovaní pacienti či pacienti se silnou bolestí. Úrovně 3 až 5 jsou definovány na základě očekávané potřeby využití zdrojů a vitálních znaků. Za zdroje můžeme v tomto případě považovat služby jako například rentgen či podání nitrožilní medikace, které jsou nad rámec lékařského vyšetření a jsou nezbytné k dosažení rozhodnutí o dalším postupu (Hubáček, 2017). Dle studie Christa et al. (2010) má algoritmus ESI dobrou validitu a spolehlivost u specifických skupin (Christ et al., 2010). Rovněž také Singer et al. (2012) ve své studii uvádějí vysokou spokojenost a přesnost toho systému (Singer et al., 2012).

Manchester Triage System (MTS) je pětistupňový systém, který vznikl v roce 1994 ve Velké Británii. Tento systém je velice efektivní metoda, která kromě jiného bere v potaz i psychologické aspekty. Pro tento systém je charakterizující číslo, barva, název a definovaná doba pro primární vyšetření lékařem. MTS je třídící algoritmus, který se skládá z 52 vývojových diagramů, které pokrývají hlavní příznaky a symptomy pacientů. Každý vývojový diagram se skládá z dalších příznaků a symptomů, tedy z diskriminátorů (Zachariasse, 2017). Pomocí přesného systému znaků a symptomů a diskriminátorů, které rozlišují úrovně pro různé klinické projevy, tato metoda snižuje tlak na pracovníky triage, a současně i výskyt pochybení či nerozhodnosti při určování priority ošetření pacientů. Nejdříve se vyhledávají diskriminátory, které udávají vyšší úroveň priority, a z nich se posléze tvoří diagram klinických projevů. Diskriminátory se dělí na obecné a specifické. Obecné diskriminátory jsou opakujícím se rysem diagramů. Mezi šest obecných diskriminátorů patří: ohrožení života, stupeň vědomí, krvácení,

teplota, akutnost. Specifické diskriminátory se týkají již jednotlivých projevů pacienta. Oba druhy diskriminátorů lze aplikovat jak v přednemocniční péči, tak i na urgentním příjmu a to v případě mimořádné události, ale i za běžných podmínek (Hubáček et. al., 2017). Triage sestry vyberou pro každého pacienta nejvhodnější vývojový diagram a následně shromáždí informace o diskriminátorech. Výběr diskriminátoru zařadí pacienta do příslušné kategorie naléhavosti, v rozsahu od „okamžitě“, kdy je udávaná maximální čekací doba 0 minut až po „neurgentní“, kdy je udávaná maximální čekací doba 240 minut (Zachariasse, 2017).

Další často využívané pětistupňové systémy jsou například: ATS - Australian Triage Scale, CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale, CTS – Cape Triage Score nebo METTS – Medical Emergency Triage and Treatment System. Mezi čtyřstupňové patří například SATS – South African Triage Scale. Všechny systémy jsou využívány v řadě zemí, přičemž každá země využívá jiný. Všechny systémy se velmi podobají, liší se pouze v drobnostech, jako např. časové limity apod. (Hubáček et al., 2017).

Pro zajímavost, v České republice čtyři studenti medicíny vytvořili aplikaci s názvem „chytrá triáž“. Cílem aplikace je snížit riziko infekce mezi pacienty a zdravotníky na minimum. Tato webová aplikace umožňuje pacientovi vyplnit vstupní dotazník do nemocnice předem. Pacient pak má QR kód, který obsahuje osobní údaje, symptomy a epidemiologickou anamnézu. To vše bez zbytečného kontaktu na triážním místě, kde pacienti čekají (Romanová, 2020).

1.2.3.2 Triáž na oddělní urgentního příjmu

V České republice není k třídění pacientů určený jednotný systém. Některé urgentní příjmy používají třístupňový systém triáže, jiné využívají algoritmy jako ESI nebo MTS. Na urgentním příjmu musí být zřízeno místo, kde se triáž provádí – toto místo nazýváme tzv. triage box nebo třídící ambulance. Triage box je vybaven základními diagnostickými pomůckami jako je fonendoskop, tonometr a pulzní oxymetrie. Třídění pacientů na urgentním příjmu zajišťuje kvalifikovaná třídící sestra (všeobecná sestra nebo zdravotnický záchranář). Třídící sestra musí mít s třídícím procesem zkušenosti, musí mít řádné vzdělání a nadále se v této problematice vzdělávat, neboť dochází k neustálému vývoji nových systémů třídění. Při příchodu pacienta na triage box jsou zhodnoceny fyzikální funkce, posouzen celkový vzhled, odebrána anamnéza od pacienta, dále dochází k identifikaci problému, shromáždění a analýze potíží.

Během toho musí třídící sestra pozorovat stav pacienta, jeho chování a varovné příznaky značící zhoršení stavu. Pro vyšetření pacienta se používá postup cABCDE (c = zástava život ohrožujícího krvácení, A = zprůchodnění dýchacích cest, B = ventilace, C = krevní oběh, D = neurologické vyšetření, E = vyšetření celého těla). Po tomto procesu by třídící sestra měla být schopna určit správnou kategorii triáže. Pacient, který prošel tříděním, je dle naléhavosti ošetřen, po vyšetření lékařem je zařazen do kategorie výstupní triáže. Po výstupní triáži mohou být pacienti přijati na expektační lůžko, lůžko intenzivní nebo standardní péče, dále mohou být pacienti převezeni do jiného zdravotního zařízení a pacienti, kteří nevyžadují hospitalizaci, jsou odesláni k ambulantní péči. Pacienti v přímém ohrožení života jsou předáváni přímo na emergency room, nepodstupují tedy třídící proces na urgentním příjmu (Polák, 2016; 2018).

Pokud dojde k mimořádné události s hromadným postižením osob je urgentní příjem branou vstupu pro příjem účastníků hromadného neštěstí. Urgentní příjem obdrží informaci o vzniku mimořádné události od zdravotnického operačního střediska zdravotnické záchranné služby. Pro zvládnutí příjmu velkého množství osob s různým stupněm postižení je nutno aktivovat traumatologický plán. Traumatologický plán zpracovává poskytovatel zdravotní lůžkové péče. Musí být pravidelně aktualizován a schvalován zřizovatelem poskytovatele zdravotní lůžkové péče. Na urgentním příjmu funguje tzv. „trauma tým“, který řídí vedoucí lékař. Vedoucí lékař je ve spojení s vedoucím zásahu a shromažďuje informace o raněných. Vedoucí lékař je nejčastěji kmenový lékař urgentního příjmu (Hubáček et al., 2012; Šín et al., 2017).

1.2.4 Práce všeobecné sestry na oddělení urgentním příjmu

Práce sestry na urgentním příjmu je velmi náročná po fyzické i psychické stránce. Nároky, které jsou na sestry kladeny, bývají vysoké a pojí se s celou řadou specifických povinností. Při výběru sester na urgentní příjem by se měly zhodnotit vlastnosti a znalosti sestry a to osobní, charakterové, organizační, technické, odborné, ale i morální, fyzické a zdravotní (Gulášová et al., 2010). Dle Reecka (2021) zůstávají sestry na oddělení urgentního příjmů klidné a laskavé, i když je jejich práce často chaotická. Sestry by měly mít k pacientům individuální přístup a vědět jak komunikovat a spolupracovat s pacienty všech věkových kategorií a různých potřeb. Je vhodné, aby sestry nastupující na urgentní příjem, měly již zkušenosti z jiných oddělení. Sestry

pracující na urgentním příjmu musejí být odolné vůči zátěži, vědět jak se vyrovnat s úmrtím pacienta a také počítat s tím, že se zde mohou setkat s agresivním pacientem a násilím ve všech podobách a vědět, jak k takovému pacientovi přistupovat (Reeck, 2021). Je také důležité, aby sestra uměla předvídat následující lékařský postup, měla by být ve své práci samostatná, rozhodná a zručná, což zahrnuje i práci s přístrojovou technikou (Formánková, 2015). Dle Brookse (2018) by sestry na urgentním příjmu měly být trpělivé, soucitné, empatické, klidné i ve velmi stresujících situacích, což podporuje neméně důležitou důvěru mezi sestrou a pacientem i v nejistých situacích. Dále by sestry měly být flexibilní a umět se vypořádat se všemi situacemi, které nastanou, i když jsou neočekávané. Další důležitou složkou je kromě základního vzdělání pro tuto profesi i celoživotní vzdělávání (Brooks, 2018).

Všeobecná sestra pracující na urgentním příjmu si může doplnit specializační vzdělání v oboru intenzivní péče v rámci vzdělávacího programu dle Věstníku MZČR č. 5/2020. Cílem je získání specializované způsobilosti s označením odbornosti Sestra pro intenzivní péči, které je ukončené složením atestační zkoušky. (Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2020).

Zdravotnický záchranář může specializační vzdělání získat v oboru Urgentní medicína s odborností Zdravotnický záchranář pro urgentní medicínu absolvovaném na akreditovaném pracovišti a ukončené atestační zkouškou. Další možností získání specializace je absolvování magisterského studia ve dvouletém studiu zakončené státní závěrečnou zkouškou a získání akademického titulu Mgr. (Vyhláška č. 55/2011 Sb.)

1.2.5 Komunikace na urgentním příjmu

Komunikace na urgentním příjmu je pro sestry každodenní záležitostí. Sestry musí vždy vystupovat profesionálně s dávkou empatie, i když na komunikaci s pacientem nemají žádnou přípravu, často musí improvizovat.

Sdělování pozitivních zpráv není problémem, ovšem jiná situace nastává při sdělování nepříjemných, špatných či nejhorších zpráv jako je například úmrtí. Potom je komunikace náročná i pro zkušené jedince. Pro sdělování špatných zpráv byl vyvinut šestistupňový postup s názvem SPIKES protokol. První stupeň se zabývá uspořádání rozhovoru, kdy má zdravotník zajistit soukromí, připravit si důležité informace, navázat kontakt a zajistit si dostatek času. Druhý stupeň s názvem posouzení pacientova

vnímání, kdy má zdravotník pacienta vyslechnout, popřípadě opravit špatné informace a klást jednoznačné a otevřené otázky. Třetí stupeň se zabývá tím, co pacient očekává, přičemž je potřeba rozhodnout, zdali pacient chce informace získat a jak moc obsáhlé by sdělení mělo být. Čtvrtý stupeň s názvem poskytnutí znalostí a informací pacientovi, kdy má zdravotník pacienta upozornit, že mu bude sdělena špatná zpráva, informace sdělovat po malých částech, přičemž se vyhnout přílišné přímočarosti a složitým výrazům. Následující pátý stupeň se zabývá řešením pacientových emocí pomocí empatických odpovědí. Zde je důležité sledovat, co u pacienta vyvolalo emoce a identifikovat je, popřípadě otevřenými otázkami vysvětlit a pokud je to třeba poskytnout pacientovi či rodině krátký čas k vyjádření emoce reagovat na emoce empaticky. Poslední stupeň s názvem strategie a shrnutí, kdy je zapotřebí probrat další kroky a ověřit si, že pacient či rodina pacienta rozumí sděleným informacím (Polák, 2016).

Dle studie Al-Kalaldeha et al. (2020), kdy autoři zkoumali bariéry efektivní komunikace na urgentním příjmu, bylo zjištěno, že mezi faktory, které komunikaci negativně ovlivňují, patří na prvním místě prostředí. Následovaly faktory související se znalostmi sester a psychologické faktory. Neefektivní komunikace sestry-pacient na urgentním příjmu může vést k frustraci, nedůvěře a nedostatečné léčbě bolesti. Proto je důležité rozpoznat potenciální překážky efektivní komunikace. Pro zlepšení komunikace sestry-pacient je důležité vytvořit pohodlné pracovní prostředí a poskytovat sestřím průběžné školení k rozvoji jejich komunikačních dovedností (Al-Kalaldehy et al., 2020). Podle studie z roku 2018 z Journal of Patient Experience, nejvíce k nespokojenosti pacientů přispívají dlouhé čekací doby a nedostatečná, nevhodná či neadekvátní komunikace (Sonis, 2018).

Sestry na urgentním příjmu se mohou setkat s různými pacienty všech věkových kategorií, s odlišnými potřebami s psychiatrickými či agresivními pacienty, i s příslušníky jiných národů či s pacienty s jinou kulturou, přičemž tomu musí sestra umět komunikaci přizpůsobit. Podrobněji bude toto téma rozebráno v následující kapitole.

1.3 Komunikace s vybranými specifickými skupinami pacientů

Specifických skupin pacientů je mnoho a téma je rozsáhlé, proto jsou v této diplomové práci pouze určité vybrané skupiny pacientů, se kterými se sestra na urgentním příjmu může často setkat.

1.3.1 Komunikace s pacientem dle věkových skupin

Tato podkapitola se zabývá komunikací s dětskými pacienty a se seniory. Tyto dvě skupiny pacientů se od běžné dospělé populace odlišují svými specifickými potřebami a potřebují jiný přístup.

1.3.1.1 Komunikace s dětským pacientem

Komunikace s dítětem je pokaždé specifická a to vzhledem k tomu, v jaké vývojové stádium se dítě nachází. Kromě vývojového stádia záleží i na mentální a tělesné vyspělosti a také na onemocnění, s kterým do nemocnice přicházejí. Dále komunikaci s dítětem ovlivňuje přítomnost a intenzita bolesti a jiné příznaky nemoci, přítomnost rodičů a prostředí, ve kterém komunikace probíhá apod. Děti v každém vývojovém stádiu potřebují odlišný přístup. Pro sestry, které se s dětskými pacienty setkávají, je tedy důležité, aby znaly zvláštnosti každého vývojového stádia, k dosažení efektivní komunikace a kvalitní spolupráce (Plevová a Slowik, 2010). V nemocnici se sestry pro nemocné dítě (kromě rodičů) stává nejbližší kontaktní osobou. Pro dítě není jen zdravotníkem, ale i partnerem ve hře, náhradou za kamarády a rodiče. Měla by se stát zdrojem jistoty a porozumění. Celá ošetrovatelská péče o dětského pacienta musí být zaměřena na zabezpečení jeho fyzického, psychického, emocionálního, sociálního a osobnostního rozvoje. Důležitou roli hraje individuální přístup sestry. Dle Andršové (2012) je pro jednu z nejdůležitějších zásad zapojit dítě do efektivní komunikace. Také je důležité zapojovat dítě do komunikace i při rozhovoru s rodiči, nikdy nemluvit „o něm bez něj“ (Andršová, 2012). Mezi prvky správné verbální komunikace zahrnujeme používání srozumitelných vět, jednoduchost slovníku, trpělivost při vysvětlování, ocenění, povzbuzení a pochvala dítěte nebo ověření si, že nám dítě rozumí. Pomocí vhodných slov dítě připravujeme na bolest, aktivně nasloucháme a dbáme na to, aby vědělo, že nezůstalo samo. Pro navázání kontaktu může sestra využít hračky, obrázky, knihy a další. Pokud je možná aktivní spolupráce s rodiči, je vhodné je zapojit do probíhající činnosti. Při komunikaci s dítětem by sestra neměla

opomenout ani neverbální komunikaci (Zacharová, 2017). Dle Andršové (2012) je vhodné se vždy usmívat, na místě je i pohlazení či věnování nějaké odměny (Andršová, 2012). Sestra by měla dítěti naslouchat nejen sluchem, ale i zrakem – věnovat dostatek pozornosti neverbálním projevům dítěte, které mohou prozradit mnohé (Plevová a Slowik, 2010). Dle Roisin (2022) je při komunikaci s dítětem důležité nikdy „neztratit nervy“, pokud by k tomu mělo dojít, je lepší dětského pacienta přenechat kolegovi. Pokud je dítě nějakým způsobem handicapované je zapotřebí po konzultaci s rodiči upravit přístup k dítěti na míru. A neméně důležité je také „nikdy nepředpokládat před vyšetřením pacienta“ – tedy než budou sděleny informace rodičům, dítě prvně důkladně vyšetřit. (Roisin, 2022)

Při komunikaci s dítětem a jeho rodiči je důležité, aby sestra byla trpělivá, empatická, upřímná, důsledná, uměla naslouchat a vystupovala profesionálně (Plevová a Slowik, 2010).

1.3.1.2 Komunikace se seniorem

Komunikace se seniory může být náročná, zejména při nemoci. Bariéry efektivní komunikace jsou často způsobeny involučními procesy ve stáří (Kutnohorská a Plisková 2017). Identifikace potřeb seniorů je obvykle složitější než u pacientů v produktivním věku, což je dáno změnami v kognitivních funkcích, smyslovými postiženími a psychickými změnami (Příbyl, 2015).

Dle Kutnohorské a Pliskové (2017) patří mezi faktory, které ovlivňují komunikaci se seniory, věk, vzdělání, zdravotní stav, smyslové postižení (především nedoslýchavost), snížení kognitivních funkcí, vlivy prostředí, zájem a ochota komunikovat a to jak ze strany pacienta, tak i zdravotníka. Dále sem můžeme zařadit komunikační znalosti a schopnosti, způsob navazování vztahů a emoční inteligence zdravotníků (Kutnohorská a Plisková 2017).

Sestra by při rozhovoru se seniorem měla být trpělivá, rozhovor vyžaduje dostatek času, protože někteří senioři mohou mít pomalejší tempo řeči a pomaleji reagovat, odbíhat od tématu, opakovat to, co již bylo řečeno, hůře si vybavovat slova apod. Sestra by dále neměla používat latinskou terminologii, zdravotnický slang či jiné odborné výrazy. Nesmí opomenout zpětnou vazbu, aby se ujistila, že pacient porozuměl předaným informacím. Dále je důležité zajistit správné prostředí k rozhovoru – klid a soukromí.

Při rozhovoru by se sestra neměla dopustit devalvace seniora například používání familiárních oslovení, elderspeaku apod. (Kabátová, 2012).

1.3.2 Komunikace se smyslově znevýhodněným pacientem

Aby byla komunikace s handicapovaným člověkem efektivní a úspěšná je v první řadě důležité znát typ a míru pacientova postižení a z toho plynoucí specifické potřeby. Obecně pro všechny handicapované pacienty musí být profesionální přístup bez předpojatosti a předsudků. Je důležité si uvědomit, že handicapovaný člověk může být po psychické stránce, více citlivější, zranitelnější a více vztahovačný. Komunikace s těmito pacienty by měla být personifikovaná, tedy ušitá na míru. Mezi obecné zásady komunikace s handicapovanými patří pozdravit, představit se, podat ruku, zeptat se jak si pacient přeje být oslovován, zvolit adekvátní komunikaci, zjistit míru soběstačnosti, zásadně mluvit především s pacientem a ne s doprovodem i v případě, že pacient zjevně sdělení nerozumí, dále udržovat oční kontakt, mluvit srozumitelně a klidně a vše dostatečně vysvětlit. Důležité také je pacienta nikdy nelitovat kvůli jeho postižení, ale být empatický a umět aktivně naslouchat. A v neposlední řadě klást důraz na vlastní trpělivost (Linhartová, 2012).

V této podkapitole se budeme věnovat komunikaci s pacienty, kteří jsou znevýhodněni smyslovým postižením a to konkrétně se sluchovým a zrakovým postižením.

1.3.2.1 Komunikace s osobami se sluchovým znevýhodněním

Dle Langer (2014) je pro sluchově znevýhodněné jedince nástrojem řeči především znaková řeč. Většina těchto osob je odkázána především na zrakový kontakt. Pro navázání komunikace je zde tedy na místě zprvu získat zrakovou pozornost pacienta. K upoutání zrakové pozornosti můžeme využít i samotná zvuk a to u osob, kde je ještě zachován zbytek sluchu. Dále můžeme využít dotyk, vibrace, světlo či pohyb (Langer, 2014).

Dle Kutnohorské a Pliskové (2017) je zapotřebí s nedoslýchavým jedincem komunikovat pomalu, vyslovovat zřetelně a hledět mu přitom do tváře. Důležité také je zvolit vhodnou vzdálenost, tak aby nebyla narušena intimní zóna jedince (Kutnohorská a Plisková 2017).

Langer (2014) přikládá důležitosti, kromě volby správné vzdálenosti, také vhodnému prostředí, osvětlení, kdy by intenzita osvětlení neměla být přílišná, tak ani naopak nedostatečná. Důležité jsou také akustické vlastnosti prostředí, negativní je především šum okolního prostředí, který může výrazně snížit porozumění. Dále je zapotřebí zvolit vhodný komunikační systém, který může být orální nebo vizuální povahy. Mezi orální komunikační systémy řadíme mluvenou řeč, čtení, psaní a odezírání. Do vizuálně-motorického komunikačního systému patří prstová abeceda, umělý znakový systém či znakový jazyk. Dle Krauhulcové (2014) někteří odborníci mluvenou řeč pro komunikaci se sluchově postiženým neschvalují, jiní na to naopak kladou důraz (Krauhulcová, 2014). Langer (2014) uvádí, že přirozeným komunikačním systémem pro sluchově postižené je vizuálně-pohybový, kam můžeme zařadit kromě výše zmíněných například i mimiku, pohyby rukou či pozici hlavy (Langer, 2014).

Dle Liberdové (2014) by sestra při komunikaci se sluchově postiženým pacientem měla předem dostatečně vysvětlit, jaké úkony u pacienta bude provádět a jakou od něj potřebuje spolupráci. Pokud pacientovi sestra ukazuje nějakou věc či položku na papíře, nechá pacientovi prostor a současně by nikdy neměla hovořit, neboť je nemožné, aby pacient zároveň četl a odezíral. Dále by měla nechat pacientovi čas se vyjádřit a odpovědět na dotazy, ujistit se, že pacient všemu rozuměl a zároveň sledovat jeho výraz, který sestře může napovědět, jestli hovoří správně. Důležité je neprojevat netrpělivost a s dotazy se neobracet pouze na doprovod pacienta, protože pacient může mít pocit, že je ignorován, což je jeden z projevů devalvace. Na paměti by sestra měla mít, že pacient se sluchovým postižením se oslovuje vždy tvář v tvář, pacient při komunikaci potřebuje vidět na její ústa, dále by měla mluvit s přirozenou intonací, zřetelně artikulovat, ale neslabikovat a nikdy nezvyšovat hlas či křičet (Liberdová, 2014).

1.3.2.2 Komunikace s osobami se zrakovým znevýhodněním

Pokorná (2010) uvádí, že pro pacienty se zrakovým postižením je jejich handicap významnou komunikační bariérou, protože pacient trpí nedostatkem podnětů a má potíže s orientací v neznámém prostředí. Hlavním problémem v komunikaci je, že nevidomí nemohou vnímat neverbální projevy osoby, se kterou komunikují. Nevidomí nebo slabozrací o to více vnímají hlas a mnohem citlivěji rozlišují intonaci a další paralingvistické prvky (Pokorná, 2010).

Dle Kutnohorské a Pliskové (2017) je při komunikaci s pacientem slabozrakým či nevidomým důležité, aby o sestře věděl. Samozřejmostí by mělo být klepání, představení se, vysvětlení a popsání veškerých činností, které sestra provádí (Kutnohorská a Plisková, 2017).

O důležitosti verbalizace se zmiňuje i Ptáček a Bartůněk (2011). Uvádí, že je důležité úkony verbalizovat správně a vyhnout se bezobsažným sdělení jako například tam a sem, vždy je důležité využívat přesné termíny jako doprava, doleva, nahoru, dolu ... Sestra může pacienta s předměty či okolím seznámit i pomocí hmatu. Sestra si musí uvědomovat, že pro nevidomého pacienta jsou sluch a hmat velmi důležité smysly (Ptáček a Bartůněk, 2011).

Plevová a Slowik (2010) uvádějí několik zásad, jak hovořit s nevidomým, aby v něm sestra nevzbuzovala nepříjemné pocity. Komunikace by měla být vždy zahájena sestrou, protože pacient sestru nevidí. Vždy by měla oznámit svůj příchod i odchod. Prostředí by mělo být akusticky vhodné, nejlépe bez jakýchkoliv rušivých elementů, bez hluku a šumu. Při jakémkoliv výkonu popisovat nejen to co právě děláme, ale popsat i okolní předměty, tak aby verbální projev sestry, mohl do jisté míry nahradit pacientův zrak. Pokud nevidomý položí dotazy nebo osloví někoho jiného než sestru a nikdo nereaguje, sestra by reagovat měla, neboť pacient možná jen neví na koho se obrátit a nehledá nikoho konkrétního. K pacientovi by se sestra měla chovat stejně přirozeně jako k pacientům bez postižení. Pokud je nutné pacienta někam odvést či přesunout, tak by sestra měla předem vše vysvětlit poté pacienta uchopit za paži a dovést tam kam potřebuje (Plevová a Slowik, 2010; Ptáček a Barůněk 2011). Naopak Pavlík (2015) uvádí, že se nejčastěji nevidomý doprovází tak, že se chytí on sám za paži doprovázejícího. Doprovázení by dále mělo být doplněno slovním popisem a také je dobré si předem domluvit rychlost chůze (Pavlík, 2015).

1.3.3 Využití kulturní kompetence v komunikaci

V posledních letech došlo ke zvýšení globální interakce mezi různými kulturami, díky čemuž je mezikulturní spolupráce častější, což se projevuje i na poli zdravotnictví. Proto je důležité, aby na to byly sestry připravené a vzdělávaly se v rámci transkulturního ošetřovatelství (Larsen, 2021). Transkulturní ošetřovatelství je charakterizováno vzájemnou interakcí mezi majoritní a minoritní skupinou (Kutnohorská, 2013). Kulturní kompetence je v dnešní době nepostradatelná v rámci

poskytování ošetrovatelské péče, kdy by sestry měly umět řešit specifické potíže jedinců z různých minoritních skupin. (Tóthová a Olišarová, 2017)

Kutnohorská (2013) uvádí, že hlavním problémem v komunikaci je jazyková bariéra, což ovšem není problém jediný. Další velkou potíž může způsobit například odlišná kultura či rozdílnost neverbální komunikace. Pacienti s odlišnou kulturou mohou mít jiný způsob myšlení, odlišné názory a hodnoty, jiné tradice a rituály, jiné náboženství. Mohou se odlišovat i jinými vzorci chování a způsobem předávání informací. Konkrétně můžeme tyto kulturní odlišnosti sledovat například při vnímání bolesti, ve vnímání vlastní intimity, při hygieně či lékařských procedurách, ale také v postoji vůči pohlaví zdravotníků. Pokud sestra nezná kulturní odlišnosti pacienta, může docházet ke zbytečným konfliktům (Kutnohorská, 2013).

Larsen (2021) také uvádí, že se značně zvyšuje riziko nesprávné komunikace a z toho plynoucí následné poškození pacienta, pokud pacient a sestra nemluví stejným jazykem nebo pokud existují jiné kulturní či sociální bariéry. Jazykové bariéry jsou zásadní překážkou, kterou je třeba překonat, protože mají negativní dopad na léčbu, bezpečnost a zdravotní výsledky pacientů. K překonání této bariéry se často používá nějaká metoda interpretace a to například zvýšení jazykových znalostí sester či využití tlumočnicků v nemocnici (Larsen, 2021).

Pro představu zde uvádíme některé zvláštnosti komunikace s muslimskou, vietnamskou a romskou minoritou.

Muslimská minorita

Dle Kutnohorské (2013) je při komunikaci s muslimy vhodné se vyhýbat určitým tématům. Mezi tyto témata můžeme řadit například intimní a rodinná témata při rozhovoru s osobou opačného pohlaví, dále rozhovor o fyziologických funkcích například defekace, mikce, zvracení atp., a také rozhovor s mužem o těhotenství. Z neverbální komunikace by si sestra měla dát pozor na oční kontakt, který muslimové berou jako vyzývavý. V muslimské kultuře dále platí pravidlo, že k podávání čistých věcí je určena pravá ruka a levá slouží k podávání věcí nečistých. Proto je podání věci levou rukou považováno za nevhodné. Ortodoxní muslimové se tělesnému kontaktu vždy snaží vyhnout a to s cizími jedinci či se zdravotníky opačného pohlaví.

Tento postoj vyjadřují založením rukou za zády. Podání ruky při setkání či loučení tedy u muslimů není běžným zvykem (Kutnohorská, 2013).

Vietnamská minorita

Komunikace s vietnamskou minoritou má také své specifika. Dle Tóthové (2010) je při ošetřování Vietnamců zapotřebí vše vysvětlit přesně a jednoduše. Dále je důležité dbát na zpětnou vazbu od pacienta, to že přikyvuje, nemusí znamenat porozumění. Pokud má pacient vietnamského původu odpovědět na otázku ano či ne, většinou odpoví vyhýbavě (Tóthová et al., 2010). Dle Kutnohorské (2013) je další odlišností u vietnamských pacientů reakce na bolest. O analgetika si většinou neřeknou ze strachu z návyku, bolest se snaží překonat sami. Proto je nutné se těchto pacientů na bolest a její intenzitu aktivně dotazovat. Informace o vážném onemocnění není vhodné sdělovat přímo pacientovi, je vhodnější nejdříve informace sdělit a probrat s rodinou, která si obvykle nepřeje, aby se nemocný člen rodiny stresoval obavami z budoucnosti. Dalším důležitým specifikem je vnímání úsměvu. Úsměv je ve vietnamské kultuře projevem neporozumění a nejistoty. Jde o jejich mimoslovní vyjádření omluvy za nepochopení. Je zde proto potřeba dbát na zpětnou vazbu. Z neverbální komunikace je další zvláštností podávání a stisk ruky při pozdravu. Je žádoucí a slušné ještě podanou ruku stisknout rukou levou. Při podávání předmětu, by měl být předmět držen a podáván oběma rukama. Pro vyjádření úcty při podávání předmětu je ještě vhodný mírný předklon. Oční kontakt není vhodné udržovat příliš dlouho (Kutnohorská, 2013). Při komunikaci s Vietnamci důležité udržovat dostatečnou vzdálenost od pacienta. Tito pacienti nemají rádi přílišné dotyky a blízkost cizích lidí. Je důležité mít na vědomí, že tato minorita je velmi stydlivá (Tóthová, 2010). Dle Plevové (2019) bývají Vietnamci ve styku se zdravotníky trpěliví, tiší a působí podřízeně. Jako pacienti bývají skromní, obvykle nemají žádné připomínky a respektují zdravotníky (Plevová, 2019).

Romská minorita

Dle Ptáčka a Bartůňka (2011) je pro romskou minoritu typické zveličování zdravotních obtíží. Dále uvádí, že přístup Romů obecně k zdravotníkům je spíše nedůvěřivý. (Ptáček a Bartůněk, 2011). Při komunikaci je vhodné mluvit jasně, klidně a stručně. Důležité je průběžně zjišťovat zpětnou vazbu pacienta. Emoce vyjadřují Romové především pomocí mimoslovní komunikace, která je velmi živá. Momentální citové

ladění vyjadřují pomocí gest, mimiky a posturologie (Plevová, 2019). Pokud onemocní jedinec z romské rodiny, ostatní členové onemocnění prožívají s ním, také ho v nemocnici může doprovázet celá široká rodina (Ptáček a Bartůněk, 2011). I podle Tóthové a Olišarové (2017) je pro hospitalizované Romy jeden z největších problémů odloučení od rodiny. Typicky se projevují výraznou hlučností při projevu, gestikulací a emočním projevem. Pro romskou minoritu je důležitá i neverbální komunikace, na kterou kladou velký důraz. Budou-li mít pocit devalvujícího přístupu ze strany zdravotníka, nezačnou mu důvěřovat (Tóthová a Olišarová, 2017).

1.3.4 Komunikace s agresivním pacientem

„Ze všech skupin povolání je poskytování zdravotní péče hodnoceno jako jedna z nejpravděpodobnějších oblastí, kde dochází k násilí na pracovišti“ (Pekara, 2017, s. 143).

Vokurka et al. (2015) uvádí jednoduchou definici agrese *„útočné jednání zaměřené na okolí“* (Vokurka et al., 2015, s. 21). Agresivním chováním člověk vnucuje své postoje a představy druhým a dožaduje se jejich přijetí a to bez ohledu na práva ostatních (Zacharová, 2016). Pekara (2015) uvádí rozdíl mezi agresí a agresivitou. Agrese se objevuje jako náhlá a nedlouho trvající reakce při frustraci, kdy není uspokojována jedna ze základních potřeb člověka. Agrese je tedy časově omezena. Naopak agresivita má dlouhé trvání, kdy má jedince víceméně neustále tendence k útoku (Pekara, 2015).

Dle Gurkové et al. (2015) se přibližně jedna třetina sester na světě setkává s násilím právě ze strany pacientů. Tělesná neboli brachiální agrese se vyskytuje nejvíce na urgentním příjmu, geriatrických a psychiatrických odděleních. Častěji se však sestry setkávají s agresí slovní neboli verbální (Gurková et al., 2015).

Dle Pekary (2015) sestra může správnou komunikací zabránit agresí ze strany pacienta. Rozhodně je lepší se násilné situaci vyhnout, než ji později řešit. Vhodná verbální i neverbální komunikace a profesionální přístup sester jsou podstatné dovednosti v prevenci agresivního jednání pacientů (Pekara, 2015). I podle Burdy (2013) je slušné chování a zdvořilost základem pro efektivní komunikaci a prevenci agresivního chování (Burda, 2013). Než samotné verbální sdělení je mnohem podstatnější řeč těla –

neverbální komunikace, kterou řídí naše emoce a pacienti si právě emoce uchovají v paměti na dlouho dobu (Pekara, 2015).

Látalová (2013) uvádí, že před projevem agrese mohou být vysílány varovné signály, které lze rozpoznat. Mohou jimi být podrážděnost, zvyšování hlasu, slovní nadávky, popocházení nebo zaťaté pěsti (Látalová, 2013).

Dle Pekary (2015) při komunikaci s agresivním pacientem by sestra měla dodržovat pacientův osobní prostor, oční kontakt by neměl být příliš dlouhý. Délka maximálního očního kontaktu by neměla přesáhnout šest vteřin. Sestra by měla zaujmout klidný, sebevědomí postoj, tón hlasu by měl taktéž působit klidně a uvolněně. Důležité je se pacientovi představit, vše dostatečně vysvětlit, zodpovídat dotazy a hovořit stručně, jednoduše, nepoužívat příliš odborné či složité termíny. Sestra by měla dbát na svoji bezpečnost a k agresivnímu pacientovi se nikdy neotáčet zády (Pekara, 2015).

Dle Burdy (2013) je nutné dodržovat jistá pravidla, která pomohou omezit projevy již vzniklého agresivního jednání. Zaprvé je důležité zachovat klid a akceptovat pacientův hněv. Dále je nutné zjistit proč je pacient agresivní a tuto příčinu odstranit. Poté lze s pacientem znovu komunikovat, přičemž není vhodné mluvit autoritářsky, přikazovat, hodnotit či kritizovat. Taktéž není vhodné skákat do řeči, zvyšovat hlas nebo mluvit příliš rychle a nikdy by sestra neměla reagovat agresivitou, impulzivním chováním nebo vyhrožováním. Měla by mluvit spíše neutrálně a nedávat nereálné sliby. Důležité je naslouchání i zpětná vazba. Každou výhrůžku pacienta je nutné brát vážně. Z mimoslovní komunikace by sestra neměla dávat ruce křížem na prsa, nesvírat ruce v pěst a nedávat je do kapes (Burda, 2013).

2 Cíl práce, výzkumné otázky a hypotézy

V této kapitole jsou představeny cíle práce, výzkumné otázky a hypotézy, které jsme si pro naši diplomovou práci zvolily.

Cíl práce

Cíl: Zmapovat zvláštnosti komunikace sestry a pacienta na oddělení urgentního příjmu.

Výzkumné otázky

1. Jaké jsou zkušenosti pacientů s komunikací ze strany sestry na oddělení urgentního příjmu?
2. Jaké problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem se vyskytují na oddělení urgentního příjmu?

Hypotézy

1. Znalost zásad komunikace se liší dosaženým vzděláním sestry.
2. Znalost zásad komunikace se liší délkou praxe sestry.

3 Metodika

3.1 Použité metody a techniky sběru dat

Pro sběr dat potřebných pro zpracování empirické části této diplomové práce bylo využito smíšené výzkumné strategie s využitím polostrukturovaných rozhovorů a nestandardizovaného dotazníku.

Polostrukturované rozhovory byly realizovány s pacienty, kteří podstoupili péči na oddělení urgentního příjmu. Záznamy byly realizovány dle možností v pracovním i domácím prostředí. Všichni informanti byli pravdivě seznámeni s pořizováním záznamu, s účelem, ke kterému slouží a s anonymitou v naší práci. Všichni informanti souhlasili s pořizováním záznamu. Všechny rozhovory byly následně přepsány ze zvukového záznamu do programu Microsoft Word. Informace, které jsme s pomocí informantů získali, byly následně analyzovány s využitím otevřeného kódování. Kódování bylo realizováno pomocí metody papír tužka. Pojmy – kódy z informací od informantů byly následně znovu seskupeny do 8 kategorií. Rozhovory jsme pořizovali v lednu a únoru 2023. Otázky jsou zobrazeny v příloze číslo 1.

Další metodou byl dotazník, který obsahoval celkem 29 otázek. Polootevřené otázky umožnily respondentům vybrat z daných možností a popřípadě doplnit vlastní odpověď. Uzavřené otázky obsahovaly konkrétní odpovědi, kdy bylo možné vybrat pouze jednu či více odpovědí. Prvních pět otázek mělo čistě identifikační charakter, sloužící k rozlišení výzkumného souboru. Následující otázky se věnovaly komunikaci mezi sestrou a pacientem, komunikaci s různými specifickými pacienty, bariérami v komunikaci apod. Otázky k dotazníku jsou zobrazeny v příloze číslo 2. Dotazník byl vytvořen zanesením otázek do online verze na adrese www.surveymonkey.com. Následně byl odkaz dotazníku zveřejněn na stránkách nejmenovaných sociálních sítí, které jsou určeny, pro sestry z různých odvětví zdravotnictví. Data byla odebírána v únoru a březnu 2023. K testování hypotézy 1 - Znalost zásad komunikace se liší dosaženým vzděláním sestry, byly zvoleny následující kritéria: nejvyšší dosažené vzdělání, ovládání schopnosti komunikace, znalosti komunikace se specifickými skupinami pacientů, trpělivost při komunikaci se seniory, jednání s agresivními pacienty, zájem o spirituální potřeby pacienta, znalosti o jiných kulturách a náboženstvích a získávání informací o smyslovém znevýhodnění při přijetí pacienta. První hypotéza byla tedy vyhodnocena na základě otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání respondentů) a otázek č. 9 (ovládání

schopnosti komunikace respondentů), č. 14 (znalosti komunikace se specifickými skupinami pacientů), č. 16 (zájem o spirituální potřeby pacienta) č. 18 (znalosti o jiných kulturách a náboženstvích), č. 20 (trpělivost při komunikaci se seniory), č. 22 (jednání s agresivními pacienty) a č. 23 (informace o smyslové znevýhodnění pacienta při přijetí). Na hladině významnosti $\alpha=5\%$ jsme chtěli zjistit, zda má nejvyšší dosažené vzdělání respondentů statistický významný vliv na jejich znalost zásad komunikace. Odpovědi respondentů na otázky č. 9, 14, 16, 18, 20, 22 a 23 byly sjednoceny, sečtením bodů za jednotlivé odpovědi (ano 4 body, spíše ano 3 body, spíše ne 2 body a ne 1 bod) a vyhodnoceny jako „celková znalost zásad komunikace“. Vztah mezi dosaženým vzděláním sestry a celkovou znalostí zásad komunikace byl zhodnocen pomocí neparametrické korelace - Spearmanův korelační koeficient v programu IBM SPSS Statistics 28. Výsledky testu jsou uvedeny v tabulce č. 9. Tabulky č. 2, 3, 4, 5, 6, 7 a 8 jsou kontingenční tabulky, které zobrazují odpovědi respondentů na jednotlivé otázky v souvislosti s nejvyšším dosaženým vzděláním respondentů. Pro lepší přehlednost byly v kontingenčních tabulkách odpovědi respondentů sjednoceny z původních 4 odpovědí Ano, Spíše ano, Spíše ne a Ne pouze na dvě ANO/NE.

K testování hypotézy 2 - Znalost zásad komunikace se liší délkou praxe sestry, byly zvoleny následující kritéria: délka praxe, ovládnutí schopnosti komunikace, znalosti komunikace se specifickými skupinami pacientů, trpělivost při komunikaci se seniory, jednání s agresivními pacienty, zájem o spirituální potřeby pacienta, znalosti o jiných kulturách a náboženstvích a získávání informací o smyslovém znevýhodnění při přijetí pacienta. Druhá hypotéza tedy byla vyhodnocena na základě otázky č. 4 (délka praxe respondentů) a otázek č. 9 (ovládání schopnosti komunikace respondentů), č. 14 (znalosti komunikace se specifickými skupinami pacientů), č. 16 (zájem o spirituální potřeby pacienta) č. 18 (znalosti o jiných kulturách a náboženstvích), č. 20 (trpělivost při komunikaci se seniory), č. 22 (jednání s agresivními pacienty) a č. 23 (informace o smyslové znevýhodnění pacienta při přijetí). Na hladině významnosti $\alpha=5\%$ jsme chtěli zjistit, zda má délka praxe respondentů statistický významný vliv na jejich znalost zásad komunikace. Odpovědi respondentů na otázky č. 9, 14, 16, 18, 20, 22 a 23 byly sjednoceny, sečtením bodů za jednotlivé odpovědi (ano 4 body, spíše ano 3 body, spíše ne 2 body a ne 1 bod) a vyhodnoceny jako „celková znalost zásad komunikace“. Vztah mezi délkou praxe a celkovou znalostí zásad komunikace byl zhodnocen pomocí neparametrické korelace - Spearmanův korelační koeficient v programu IBM SPSS

Statistics 28. Výsledky testu jsou uvedeny v tabulce č. 17. Tabulky č. 10, 11, 12, 13, 14, 15 a 16 jsou kontingenční tabulky, které zobrazují odpovědi respondentů na jednotlivé otázky v souvislosti s délkou praxe respondentů. Pro lepší přehlednost byly v kontingenčních tabulkách odpovědi respondentů sjednoceny z původních 4 odpovědí Ano, Spíše ano, Spíše ne a Ne pouze na dvě ANO/NE.

3.2 Charakteristika výzkumného souboru

V kvalitativní metodě tvořilo výzkumný soubor 12 pacientů, kteří byli ošetřeni na oddělení urgentního příjmu. Informanti byli získávání pomocí metody sněhové koule. Pro lepší přehlednost byli pacienti označeni písmenem P a k tomu náležícím číslem (P1 - P12).

V kvantitativní metodě tvořily výzkumný soubor sestry pracující na oddělení urgentního příjmu. Dotazníky byly distribuovány online formou. Analýza výsledků byla provedena souhrnem veškerých odpovědí, které tvoří celkem 216 vyplněných dotazníků (100 %).

4 Výsledky výzkumného šetření

4.1 Výsledky kvalitativního výzkumného šetření

4.1.1 Identifikační údaje

Tabulka č. 1: Základní identifikační údaje

Pacienti	Věk	Pohlaví	Počet ošetření na UP	Způsob příjmu na UP
P1	47 let	Žena	1x	Po vlastní ose
P2	77 let	Muž	1x	Po vlastní ose
P3	75 let	Žena	5x	4x po vlastní ose, 1x ZZS
P4	52 let	Muž	10x	Po vlastní ose
P5	51 let	Žena	5x	Po vlastní ose
P6	26 let	Muž	5x	4x po vlastní ose, 1x ZZS
P7	33 let	Muž	2x	1x po vlastní ose, 1x ZZS
P8	38 let	Žena	2x	1x po vlastní ose, 1x ZZS
P9	26 let	Žena	3x	Po vlastní ose
P10	28 let	Žena	5x	Po vlastní ose
P11	24 let	Žena	7x	Po vlastní ose
P12	42 let	Žena	1x s dcerou	ZZS

(Zdroj: vlastní výzkum)

P1 je žena, její věk je 47 let, na oddělení urgentního příjmu byla ošetřena jednou a přišla po vlastní ose.

P2 je muž, jeho věk je 77 let, na oddělení urgentního příjmu byl ošetřen jednou a přišel po vlastní ose.

P3 je žena, její věk je 75 let, na oddělení urgentního příjmu byla ošetřena pětkrát a z toho čtyřikrát přišla po vlastní ose a jednou byla dovezena zdravotnickou záchrannou službou.

P4 je muž, jeho věk je 52 let, na oddělení urgentního příjmu byl ošetřen desetkrát a vždy přišel po vlastní ose.

P5 je žena, její věk je 51 let, na oddělení urgentního příjmu byla ošetřena pětkrát a vždy přišla po vlastní ose.

P6 je muž, jeho věk je 26 let, na oddělení urgentního příjmu byl ošetřen pětkrát a z toho čtyřikrát přišel po vlastní ose a jednou byl dovezen zdravotnickou záchrannou službou.

P7 je muž, jeho věk je 33 let, na oddělení urgentního příjmu byl ošetřen dvakrát a z toho jednou přišel po vlastní ose a jednou byl dovezen zdravotnickou záchrannou službou.

P8 je žena, její věk je 38 let, na oddělení urgentního příjmu byla ošetřena dvakrát a z toho jednou přišla po vlastní ose a jednou byla dovezena zdravotnickou záchrannou službou.

P9 je žena, její věk je 26 let, na oddělení urgentního příjmu byla ošetřena třikrát a vždy přišla po vlastní ose.

P10 je žena, její věk je 28 let, na oddělení urgentního příjmu byla ošetřena pětkrát a vždy přišla po vlastní ose.

P11 je žena, její věk je 24 let, na oddělení urgentního příjmu byla ošetřena sedmkrát a vždy přišla po vlastní ose.

P12 je žena, její věk je 42 let, sama na oddělení urgentního příjmu ošetřena nebyla, ale jednou byla na oddělení urgentního příjmu s desetiletou dcerou a byly dovezeny zdravotnickou záchrannou službou.

4.1.2 Kategorizace výsledků

4.1.2.1 Kategorie 1 – Přivítání sestrou

Tato kategorie se zabývá představením a způsobem představení sestry při přijetí na oddělení urgentního příjmu. Pro představu a potvrzení skutečností v textu uvádíme několik odpovědí našich informantů.

Osm pacientů P2, P3, P4, P5, P6, P9, P10, P11 uvedlo, že při přijetí na recepci urgentního příjmu se nesečkali s tím, že by se sestra představila. „Ale když jsem tam přišla sama, na ten urgent, tak to mi ani nikdo neřekl, kdo je sestra a kdo doktorka.“ (P3) „To teda ne, vůbec jsem nevěděl, s kým mluvím.“ (P2) Pacientka P11 uvedla, že se jí sestra nepředstavila, ovšem s tím neměla problém a nemyslí si, že je to důležité. „To určitě ne, ale mě to nevadí, hlavně, že dělají dobře svoji práci, jako nepříjde mi to důležité, aby se mi představovali.“ (P11)

Další tři pacienti P1, P7, P8 byli na recepci urgentního příjmu přijímáni jednou a uvedli, že sestra se jim představila. Dva z nich uvedli, že se sestra představila i jménem. „Ano, řekla mi, že je sestra i jak se jmenuje, ale to už si nepamatuji.“ (P1) „Když jsem přišel po vlastní ose, tak mi ta sestra řekla, jak se jmenuje a že mě spolu s doktorem budou ošetřovat.“ (P7) Pacientka P8 uvedla, že se sestra představila pouze v rámci své profese označením „sestra“, ale i to vnímá jako představení se. „Ano představila, když mě přijímali, když jsem přišla sama, tak mi sestřička řekla, že je sestra, která se teď o mě postará.“ (P8)

Při přijetí na oddělení urgentního příjmu přes kontaktní místo čtyři pacienti P3, P6, P8 a P12 uvedli, že se sestra, která je přijímala, představila. Pacient P7 uvádí, že se sestra nepředstavila. Pacienti P3, P6 uvedli, že se sestra představila jménem. „Jo, to se představila, řekla, jak se jmenuje a byla hrozně milá.“ (P3) „No, řekla mi, jak se jmenuje a že mi zavede tu kanylu a vezme krev a tak.“ (P6) Pacienti P8 a P12 uvedli, že se sestra představila pouze označením „sestra“, ale opět to bylo vnímáno, jako představení se. „Představila, řekla mi, že je sestra, která teď u dcery bude a postará se o ni.“ (P12) Naopak pacient P7 toto jako představení se nevnímá. „Když jsem přijel záchrankou, tak mi jen řekla, že je sestra, která se o mě bude starat, to se mi nepředstavila.“ (P7)

4.1.2.2 Kategorie 2 – Sdělení informací

Tato kategorie popisuje, zda sestry informují pacienty o plánu ošetření při příjmu na urgentní příjem a zdali jsou tyto informace dostatečné. Pro představu a potvrzení skutečností v textu uvádíme několik odpovědí našich informantů.

Šest pacientů P1, P7, P8, P9, P10, P11, kteří byli přijímáni na recepci urgentního příjmu odpověděli, že o plánu ošetření na urgentním příjmu byli informováni a zároveň, že poskytnuté informace byli dostatečné. „*Jo, sestra na recepci se semnou domlouvala, vysvětlila mi, že musím počkat a co pravděpodobně bude následovat. A pak ta sestřička v ambulanci mi taky říkala, co a jak, domlouvala se semnou, co budeme dělat. Já myslím, že informace byli dostatečné.*“ (P1) „*Informovala, řekla mi, jaká vyšetření mi udělají, že mi vezme krev a tak dál co semnou budou dělat.*“ „*Ano, informace byli dostatečné.*“ (P7)

„*Ano, informovala mě. Ano bylo to dostatečné, řekla mi všechno i ta sestřička v tom okénku na recepci, nebo jak se tomu říká a pak i ta sestřička co mě ošetřovala v ambulanci. S informacemi jsem byla spokojená.*“ (P9) Tři pacienti P2, P3, P4 mají zkušenost s tím, že sestry informace o plánu ošetření neposkytly vůbec. „*Ne řekla mi, ať si sednu a počkám na číslo.*“ (P2) „*Ne, neřekl mi nikdo nic, jen řekli, že si musím počkat, až na mě přijde řada.*“ „*Na urgentu, kam jsem přišla po vlastní ose, nebyla komunikace vůbec žádná.*“ (P3) „*Ne, řekla mi, ať si vezmu číslo, sednu si a počkám, až mě někdo zavolá, ale o tom, co semnou bude a jaké vyšetření mi udělají, nebo kam potom půjdu, to mi nikdo neřekl.*“ (P4)

Pacient P6 uvedl, že v některých případech informace poskytnuty nebyly vůbec a v některých ano, ale nebyly dostatečné. „*Asi jak v kterých případech. Někdy jo, někdy víceméně semnou dělali, co chtěli, no jakože mi neřekli, co budu mít za vyšetření a tak, nic mi neřekli, něco mi udělali ani to nevysvětlili... ale zažil jsem i případ, kdy se sestra snažily vysvětlovat, co bude dělat a tak.*“ „*Když jsem tam byl po vlastní ose, tak to ve většině případů dostatečné nebylo, protože to nebylo vůbec. Ale jak jsem říkal, zažil jsem i případy, kdy mě informovaly alespoň o něčem, to bych řekl tak půl na půl dostatečné.*“ (P6)

Přes kontaktní místo urgentního příjmu bylo přijímáno celkem 5 našich informantů P3, P6, P7, P8, P12. Všichni z nich uvedli, že informace o plánu ošetření dostali

a že informace byly dostatečné. „Když jsem byla dovezena ZZS, tak to mě informovali, co semnou budou všechno dělat.“ „Jo, když jsem byla dovezena záchrankou, tak ty informace byly dostatečné, to jsem byla naprosto spokojená.“ (P3) „Když jsem přijel ZZS, tak semnou komunikovali daleko víc, než když jsem tam byl osobně. To mě informovali o všem, o tom co semnou budou dělat, jaká vyšetření, že mi odeberou krev a tak, sestry mi vysvětlovali všechno, jako kdybych byl dítě, ale ne že by šišlaly, spíš tak jako jednoduše, polopatě, za to jsem byl rád, protože když člověku není dobře, je za takový přístup rád.“ „Když jsem přijel záchrankou, tak to bylo super, tady nemám výhrady, naprosto dostatečné informace.“ (P6) „Ano, řekli mi, co s dcerou mají v plánu, jaké vyšetření, odběry a proč. I dceři vše hezky vysvětlovali.“ „Ano informace byli dostatečné, myslím si, že na nic nezapomněli.“ (P12)

4.1.2.3 Kategorie 3 – Reakce na požadavky

Tato kategorie se věnuje zkušenostem pacientů s reakcí sestry na jejich požadavky během ošetření na urgentním příjmu. Pro představu a potvrzení skutečností v textu uvádíme několik odpovědí našich informantů.

Celkem pět pacientů P1, P7, P8, P9 a P11 uvedlo, že s reakcí sester na požadavky byli spokojeni. Vše pět uvedlo, že sestra byla ochotná a vstřícná. „... když jsem se na něco ptala, tak mi normálně odpověděli a vyhověli, když jsem něco potřebovala, většinou byly dostatečně vstřícné a ochotné.“ (P9) „Vždycky vstřícně, ochotně když jsem něco potřeboval, ta mi vyhověly, nemám výtky.“ (P7) Pacientky P1 a P11 uvádí, že reakce byla adekvátní požadavku a bylo jim vyhověno hned po vznesení požadavku. „Myslím si, že adekvátně, vyhověla ve všem a bez problému, vždycky byly ochotný, vstřícný a reagovaly hned.“ (P11) Pacientka P1 navíc uvádí, že i když byla sestra zaneprázdněná, tak vždy ve všem vyhověla. „Myslím si, že adekvátně, rychle, vstřícně, byla velmi ochotná. Byla... jak to říct, taková mrštná, prostě rychlá a vyhověla hned, a i když toho měla hodně a málo času, tak na všechny moje požadavky reagovala dobře, vyhověla mi ve všem.“ (P1) Další čtyři pacienti P4, P5, P6, P10 uvádí, že mají s reakcí sestry na jejich požadavky pozitivní i negativní zkušenost. U pacienta P4 na rozdíl od ostatních převažují negativní zkušenosti s komunikací během ošetření, kdy dle pacienta byla komunikace minimální a proto ani žádné požadavky neměl. Uvádí i zkušenost, kdy sestra během ošetření ambulanci opustila a komunikace mezi ním a sestrou v podstatě neproběhla. „Já jsem neměl žádné požadavky, ono ani nebylo kdy

mít nějaké požadavky, sestra byla, jak jsem říkal příliš zaměstnaná. A jednou během toho, když jsem mluvil s doktorem, tak potom někam odešla a ještě jsem na ni s doktorem pak čekal, aby mu mohla asistovat. V podstatě jsem se s tou sestrou jen pozdravil.“ (P4) Dále P4 uvádí, že má pouze jednu pozitivní zkušenost z deseti s komunikací se sestrou během ošetření na ambulanci. Při této zkušenosti taktéž neměl požadavky, ale z opačného důvodu – naprosto dostatečné komunikace, kdy nebyly požadavky nutné. *„Ale mám i lepší zkušenost, kdy zase naopak semnou mluvila v podstatě jen sestra a i se mi snažila všechno vysvětlovat, myslím si, že i to, co mi měl říct doktor... a to jsem požadavky neměl, protože nebyl důvod nějaké mít. Tady se ta sestra chovala dobře a stihla mi všechno říct nebo udělat, ještě než jsem se na to zeptal. Ale to bylo jen jednou, jinak nemám moc dobré zkušenosti s urgentním příjmem.“* (P4) Pacienti P5, P6, a P10 mají naopak více pozitivních zkušeností než negativních. Ze špatných zkušeností uvádí P6 zkušenost s neochotou sestry při plnění požadavku. *„Jednou nemám úplně dobrou zkušenost, tam ta sestra mi ani nedala prostor jako vznést nějaký požadavky, akorát jsem se jí ptal, kde je ten rentgen kam mě posílají, tak mi spíš jakoby odsekla.“* (P6) Pacientka P10 také uvádí neochotu a navíc i aroganci sestry. *„Ale ta jedna sestra tenkrát byla taková neochotná, to jsem se skoro bála mít nějaký požadavky, jakože koukala na mě z patra, no byla taková arogantní.“* (P10) Ovšem u obou pacientů byly ostatní zkušenosti s vyhověním na požadavek v pořádku. *„Jo jinak tam reagovaly dobře, když jsem se na něco zeptal nebo něco potřeboval...“* (P6) *„...když jsem se pak ptala, jestli jsem to dobře pochopila, tak mi to znovu v klidu vysvětlovali, jakože nebyly protivný nebo tak.“* (P10) Pacientka P5 uvádí, že se jednou setkala s neochotnou sestrou, ale nakonec požadavku vyhověla, i tak toto jednání vnímá spíše negativně. *„Tak snažily se mi vyhovět, většinou. Ono jsem moc požadavků neměla. Ale když už něco, tak mi většinou vyhověli. Taky jsem se asi jednou setkala s méně ochotnou sestrou...tak to bylo taková nepříjemný, ale jako nakonec mi vyhověla.“* (P5)

Pacienti P2 a P3, kteří jsou oba v důchodovém věku, uvádí stejně jako P4, že v rámci ošetření na ambulanci urgentního příjmu žádné požadavky neměli. Z jejich odpovědí vyplývá, že jejich zkušenost na ambulanci byla celkově negativní, proto ani nevznikli žádné požadavky či dotazy. *„No já jsem byl v takovém šoku, že jsem ani žádný požadavky neměl. Ono to ani komunikace nebyla, protože semnou sestra moc nemluvila, ani doktor, to jsem se nic nedozvěděl, skoro bych řekl, že to bylo zbytečný tam chodit...“*

(P2) Pacientka P3 uvádí, že vzhledem k rychlému průběhu ošetření neměla čas vznést požadavek. „*Tak já jsem nikdy žádný neměla, když jsem šla do ambulance, nebyla na to ani čas, to bylo všechno šup, šup a než jsem stihla nějaké požadavky mít, tak už jsem byla z ambulance venku.*“ (P3)

Všichni informanti, kteří byli ošetřeni na expektačních lůžkách nebo crash roomu, byli s reakcí sestry na jejich požadavky spokojeni bez jakýchkoliv výtek. Což dokazují následující vybrané odpovědi P3, P6, P7, P8, P12. „...*když mě dovezla ZZS, tak tam to bylo úplně všechno v pořádku, všechno cokoliv mi dělali, tak mi sestra všechno vysvětlovala a všechno mi jako říkala, abych byla v klidu v pohodě, že mi to všechno udělá. Prostě mi sestry vyhověly na všechny požadavky.*“ (P3) *Když mě dovezli záchrankou a byl jsem na těch expektačních lůžkách, jestli to říkám dobře, tak tam jsem asi neměl problém, tak mi vyhověli ve všem.* (P6) „*Vždycky vstřícně, ochotně když jsem něco potřeboval, ta mi vyhověly, nemám výtky.*“ (P7)

Ve všem nám vyhověly, když jsme něco potřebovali... a to jako i bez řečí nebo bez jakéhokoliv problému, prostě jako zkušenost máme dobrou.“ (P12)

4.1.2.4 Kategorie 4 – Zaměstnanost sestry

Tato kategorie se zabývá tím, jak jsou z pohledu pacienta sestry ve své práci časově vytížené a zdali na ošetření pacienta měly dostatek času. Pro představu a potvrzení skutečností v textu uvádíme několik odpovědí našich informantů.

Na ambulanci urgentního příjmu bylo ošetřeno celkem jedenáct našich informantů, z toho pět pacientů P5, P7, P8, P10 a P11 uvádí, že během ošetření měla sestra vždy dostatek času. Například P8 uvádí, že na ni sestra nespěchala a to ocenila. „*V tom prvním případě jako na ambulanci ano, tam měla času dost, vůbec na mě nechvátala, což jsem ocenila.*“ (P8) P10 a P11 uvádí, že ošetření proběhlo v klidu a sestry si čas udělaly, i když měly hodně práce. „*Ano většinou měly na mě času dost, jako bylo tam většinou dost lidí, ale nechvátali na mě, v klidu mě ošetřily, asi už jsou na ty návaly lidí zvyklí, tak si z toho nic nedělají, jakože by byli nervózní, že to nezvládají časově.*“ (P10) „*Myslím si, že ano, ale vzhledem k tomu kolik tam bývá lidí, tak to bylo takové náročné jako pro ně, ale myslím si, že nikdy nic nepodcenily nebo neuspěchaly.*“ (P11) Pacientka P9 uvádí, že sestry měly vždy dost času, ale zažila i situaci, kdy na ni sestra spěchala, pravděpodobně proto, že byla ošetřena na konci směny. „*Ano většinou měly na mě času*

dost, akorát ta jedna sestra na mě chvátila, protože jak jsem pochopila, tak už jí končila směna a nechtěla se tam, zdržovat déle. Ale vzhledem k tomu kolik bylo lidí v čekárně, tak na mě měly vždycky dost času.“ (P9) Podobnou zkušenost má i pacient P6, který také uvádí, že sestry měly na ošetření vždy dostatek času. Ovšem má i zkušenost se sestrou, která si podle pacienta času udělat mohla, ale spíše nechtěla. *„Ano měly na mě čas, asi ve všech případech, akorát ta jedna sestra na ambulanci, ta nepříjemná, tak ta si spíš ten čas udělat nechtěla si myslím... ale jinak to bylo v pohodě vždycky.“* (P6) Pacientka P3 uvádí, že sestry na ambulanci čas nemají, ale většinou proto, že si ho udělat nechtějí. Situaci, kdy byly sestry zaneprázdněny prací, zažila pouze jednou. *Ale takhle normálně, jako v té ambulanci, to teda ne, tam to bylo tak rychlý, to ošetření, že jsem ani nestačila napočítat do pěti. Ale zase na druhou stranu musím říct, ehm... že jednou tam bylo fakt hodně lidí, takže to byly fakt vyčerpány, ty sestřičky, ale jindy si ten čas udělat mohly si myslím, ale asi ani nechtěli, nebo tak to na mě působilo.“* (P3) Pacienti P1 a P2 mají zkušenosti, že sestry čas neměly vzhledem k vysokému počtu pacientů v čekárně. Ovšem P1 to nevnímá negativně, naopak ocenila, že i přes časovou vyčerpání sestry byl její přístup profesionální. *„No vzhledem k tomu, kolik tam bylo lidí, tak moc ne. Jako myslím si, že svoji práci odvedla dobře. I když bylo vidět, že neví kam dřív, tak se mi plně vyhověla, všechno mi vysvětlila a byla moc milá.“* (P1) *„No tam bylo tolik lidí, že oni vlastně chvátili, aby se toho zbavili, toho návalu... to je můj dojem.“* (P2) Pacient P4 zažil obě situace, kdy sestry čas měly i neměly, ovšem uvádí, že většinou mají sestry času málo vzhledem k pracovní vyčerpání. *„Asi jak kdy, někdy jo, ale většinou ne, mají většinou moc práce, asi.“* (P4)

Pacienti ošetření na expektačních lůžkách či crash roomu mají také rozdílné odpovědi. Pacienti P6 a P12 uvádějí, že sestry měly vždy dostatek času. *„Měly, nebyl problém, že by neměly sestřičky čas.“* (P12) Pacientka P3 uvádí, že sestry si i přes pracovní vyčerpání udělaly času dostatek. *„Na tom emergency, jak mě dovezli záchrankou tak jo, nebo teda běhali tam mezi námi jako pacienty, protože tam bylo taky hodně lidí, ale i tak se mi věnovali, dostatečně řekla bych.“* (P3) Pacienti P7 a P8 uvádějí, že na ně sestry měly času málo, protože měly moc práce. *V tom druhém případě tolik ne, jako na těch lůžkách, protože tam bylo víc lidí, tak tam mezi námi běhali.“* (P8) *„Když jsem tam byl dovezen na ten crash room, tak tam na mě tolik času neměly, měly tam hodně práce, ale taky jsem se tam moc dlouho nezdržel.“* (P7)

4.1.2.5 Kategorie 5 – Pocity pacienta

Tato kategorie se zabývá pocity pacientů, které měly během komunikace a ošetření sestrou na oddělení urgentního příjmu. Pro představu a potvrzení skutečností v textu uvádíme několik odpovědí našich informantů.

Pacienti P1, P7, P8, P9 se shodují ve svých odpovědích, kdy se vždy při ošetření na ambulanci urgentního příjmu cítili dobře a příjemně. *„Jako všechno v pořádku, bez problému, cítil jsem se dobře, příjemně.“* (P7) Pacientka P1 navíc uvádí, že o ni měly sestry zájem *„... naopak jsem se cítila, že o mě má zájem...“* (P1). Naopak pacient P2, který byl na urgentním příjmu ošetřen pouze jednou, popisuje pouze nepříjemné až devalvační chování sestry, uvádí, že měl pocit, že sestry svoji přítomností obtěžuje. *Necítil jsem se úplně dobře ... pak se člověk skoro stydí, že tam vůbec šel, jakože je otravuju, jsem se cítil ...“* (P2) Dalších šest pacientů P3, P4, P5, P6, P9 a P10 mají zkušenosti, kdy se cítili dobře i zkušenosti, kdy se cítili nepříjemně. Pacienti P3, P4 a P5 odcházeli většinou se špatnými pocity. Pacientka P3 popisuje podobně jako pacient P2, že má zkušenost se sestrami, které v ní vyvolávaly nepříjemné až devalvační pocity. P3 má, ale i lepší zkušenosti, kdy odcházela s dobrým pocitem, ačkoliv jich je méně. *„... jakože někdy ty sestry byly nebo se snažily aspoň být milý nebo se usmát, ale moc mi toho taky neřekly. Ale většinou mám zkušenost, že byly protivný, to bylo takový, jako pojďte dál, když už tady musíte být, ani se na mě nepodívaly, tak to pak člověka zamrzí, protože se třeba bojí, co mu je nebo tak a ještě takové chování ...“* (P3) Pacient P4 popisuje, že z ambulance urgentního příjmu odcházel pouze jednou s příjemným pocitem, kdy zažil jiný, lepší přístup sestry ve srovnání s ostatními zkušenostmi. Komunikaci se sestrami v rámci ostatních ošetření popsal jako průměrné, kdy měl pocit, že sestry dělají práci stereotypně a s pocitem, že je jejich práce nebaví. Ovšem zde, na rozdíl od P2 a P3, nebylo devalvační chování. *„No, jak jsem říkal, s tou jednou sestrou to bylo dobrý, ta se snažila, tak to bylo hned příjemnější s ní jednat. Ale jinak nic moc, ani si to už nevybavuji, protože jsem se sestrami nikdy moc nemluvil, ony jen udělaly, jako co musely a nazdar. Jak jsem říkal, průměr, ani milý, ani protivný, asi už je to nebaví, když je to s každým kdo tam přijde stejný.“* (P4) Pacienti P5, P6, P9 a P10 mají naopak více pozitivních zkušeností než těch negativních. Pacientka P5 se při ošetření většinou cítila dobře, ale má jednu zkušenost se sestrou, kdy se cítila nepříjemně. Ve svých odpovědích uvádí, že stejně jako P2 a P3 zažila devalvační chování sestry, kdy křičela na jinou pacientku. *„Tak asi*

jako běžně, většinou dobře. I když jednou ta sestra byla protivná, taková mladá sestra. Ta komunikace s ní, to bylo hrozný, byla až jako zlá, ale hlavně na tu paní, co tam byla přede mnou ... to jsem slyšela z toho boxu, že na ní i řvala, protože po ní něco chtěla, ta paní, já už nevím co, tak po ní začala ječet, že to snad nemyslí vážně, že to si musím zařídit sama, že to rozhodně není její povinnost... nebo tak nějak, no to bylo hrozný, tam jsem pak ani nechtěla jít do té ambulance.“ (P5) Pacient P6 uvádí, že všechny jeho zkušenosti se sestrami na ambulanci urgentního příjmu jsou až na jednu pozitivní, kdy se sestry byly milé, ochotné a usměvavé a při ošetření a komunikaci s nimi se cítil se příjemně. „To jsem se cítil dobře, jak jsem říkal, tam ty sestry byly milý, usmívaly se, byly ochotnější, tam jsem problém neměl.“ (P6)

Ovšem i P6 má jednu špatnou zkušenost, kdy s ním sestra byla protivná a komunikace nedostatečná a ošetření pro něj bylo nepříjemné. *Že byla sestra protivná, to jsem se necítil moc dobře, ono když mi nikdo nic nevysvětlil a ta sestra mi šla něco dělat a neřekla co, tak to bylo docela nepříjemný, přišel jsem si, jako kdybych jí otravoval, a když mi pak nakonec ještě odsekla, když jsem se jí slušně na něco ptal, tak to už jsem byl naštvaný a dobře, že už jsem šel, jinak bych byl nepříjemný taky.“ (P6) Stejně tak i pacientky P9 a P10 popisují většinou dobré zkušenosti, kdy se cítili při komunikaci se sestrou příjemně. „Dobře většinou, takový rodinný, byly milý, bylo to fajn. Bylo to pro mě příjemné.“ (P9) „Dobře, bylo to příjemné, profesionální přístup, byly trpělivé.“ (P10) Pacientka P9 také popisuje situaci, kdy se sestra nechovala nepříjemně, ale chvátala na ni, pravděpodobně z důvodu, že jí končila směna a chvátala domů. I když se sestra nechovala nijak nepříjemně, pacientka se nepříjemně cítila a měla pocit, že sestru zdržuje. „No jednou jsem tam šla k večeru a to ta sestra říkala, tak rychle, já už končím, tak ať to stihneme. Tak to na mě jako chvátala, tak to bylo takový trošku nepříjemný, ale jinak jako, že by byla protivná to ne, spíš jsem pak zapomněla říct nějaký věci, jak jsem se jako snažila chvátat, měla jsem pak pocit, že ji zdržuji.“ (P9) Další zkušenost, kdy se cítila nepříjemně, byla, když dlouho čekala, a poté byla nucena na recepci urgentního příjmu před celou čekárnou vysvětlovat, s jakým problémem přišla. Pacientka P10 také uvádí, že se cítila nepříjemně, kdy měla pocit stejně jako P2, že sestru svoji přítomností obtěžuje. „No cítila jsem se blbě, že jo, už jen proto, že pak máš pocit, že je tam otravuje, že tam jdeš se zbytečností nebo tak. Tak to jsem pak odcházela taková až smutná z toho, protože jsem jí nic neudělala.“ (P10)*

Všichni pacienti, kteří byli dovezeni ZZS a ošetřování na expektačních lůžkách či crash roomu mají dobrou zkušenost, kdy byli spokojeni a cítili se příjemně. „*No to bylo dobrý, vzhledem k situaci příjemný, jak se to říká... profesionální přístup ze strany sestry, byl jsem spokojený, sestřičky byly milý, hodný, uklidňovaly mě a bylo vidět, že vědí, co dělají, takže celkový dojem z toho mám dobrý.*““ (P6) „*Dobře, jsem se cítila, nebylo tam nic špatně.*“ (P8)

Pacientka P3 navíc uvádí, že se cítila být v dobrých rukách a sestry o ni projevovaly zájem. „*... to jak říkám jsem byla od začátku do konce spokojená, tam mě i uklidňovali, že to bude všechno dobrý, hm... měla jsem pocit, jakože o mě ten zájem mají, že jsem jako v dobrých rukách.*“ (P3)

4.1.2.6 Kategorie 6 – Zpětná vazba

Tato kategorie se zabývá tím, zdali sestry při komunikaci s pacienty využívají zpětnou vazbu. Pro představu a potvrzení skutečností v textu uvádíme několik odpovědí našich informantů.

Pouze tři pacienti P1, P8, P11 uvedli, že při příjmu přes recepci urgentního příjmu a následném ošetření v ambulancích urgentního příjmu, si sestry dostatečně ověřili, že pacienti sdělení rozumí. *Určitě, ptali se, co budu potom dělat a jak budu reagovat a tak.*“ (P8) „*Ano, všechno mi dostatečně vysvětlili a zeptali se dvakrát, jestli tomu rozumím.*“ (P11) Pacientka P1 uvádí, že sestra chtěla sdělení zopakovat, aby se ujistila, že tomu dostatečně porozuměla. „*Myslím si, že ano.*“ A jak? „*No několikrát se ujišťovala, jestli všemu rozumím, opakovala mi to několikrát a pak po mě i chtěla, abych ji něco zopakovala, asi chtěla vědět, jestli jsem jí poslouchala.*“ (P1) Ostatní pacienti P2, P3, P4, P5, P6, P7, P9 a P10, uvedli, že sestra zpětnou vazbu nevyužívá. „*Neověřovali si vůbec nic, neptaly se, jestli jsem tomu porozuměl nebo tak.*“ (P2) „*No, a když jsem tam přišla sama, tak to si neověřovali nic, to semnou celkově moc nekomunikovali.*“ (P3) „*Ne, neověřili si nic. Oni tam semnou celkově moc nemluvili.*“ (P4) „*To vůbec, oni se semnou moc nebavili a rozhodně si nic neověřovali, jestli jsem tomu porozuměla.*“ (P5)

Přes kontaktní místo urgentního příjmu bylo přijímáno celkem 5 našich pacientů. Z toho čtyři P3, P6, P8 a P12 uvedli, že sestry si informace ověřovaly. „*Jo, když mě dovezli, záchrankou to si ověřili, ptali se mě na všechno a bylo to všechno v pohodě.*“ (P3) „*Asi*

zase jak v kterém případě, když jsem tam přijel tou záchrankou, tak musím říct, že to bylo daleko osobnější a taky komunikovali daleko víc. No ptali se, jestli tomu rozumím, jestli to nepotřebuji vysvětlit znovu a tak.“ (P6) Pacientka P12, která byla na urgentním příjmu se svoji dcerou uvedla, že informace si ověřovali u ní, jakožto rodiče, ale i u její dcery. „Ano, ptali se mě, jestli jsem to pochopila, co se teď bude dít. Oni se ptali i dcery jestli všemu rozumí a tak.“(P12) Pacient P7 uvedl jako jediný, že zpětná vazba mu poskytnuta nebyla. „Ne, to si neověřovali asi ani v jednom případě. ... jestli jsem tomu tedy dobře porozuměl... nikdo se mě neptal, jestli jsem všemu rozuměl a nepotřebuji něco znovu vysvětlit, tak to se neptal nikdo, ani v jednom případě.“ (P7)

4.1.2.7 Kategorie 7 – Pozitivní prožitky pacientů

Tato kategorie shrnuje, co pacienti při komunikaci se sestrou během ošetření či při přijetí na urgentní příjem oceňují. Pro představu a potvrzení skutečností v textu uvádíme několik odpovědí našich informantů.

Pacienti ošetřeni na ambulanci urgentního příjmu nejčastěji uvádějí, že ocenili, když na ně byly sestry milé, dále pak zmiňují profesionální přístup. Milé chování ocenili pacienti P1, P4, P6, P9 a P11. Profesionální přístup pak zmínili čtyři pacienti a to P1, P9, P10 a P11. „Bylo to naprosto profesionální a milý.“ (P1) „... naprosto profesionálně, poslouchala mě, doptávala se, byla milá, hodná, usmívala se, jako nikdy jsem se sestřičkami na urgentu neměla problém.“(P11) Tři pacienti P1, P4, P11 uvedli, že na ně byla sestra během ošetření hodná. Dále pacienti P6, P7, P9 ocenili během komunikace se sestrou její ochotný přístup. Dva pacienti P1 a P6 ocenili zajištění intimity od sester a to ve smyslu, že probírané informace ohledně osobních a zdravotních informací pacienta byly rozebírány v soukromí. Pacientka P1 navíc od ostatních ještě ocenila individuální přístup sestry, dále že sestra pracovala rychle a vyhověla požadavkům. „Ocenila jsem, že se fakt snažili, ke každému přistupovat individuálně... a že to neprobíhalo před celou čekárnou.“ (P1) Pacienti P4 a P1 také uvedli, že jim sestra byla sympatická a projevovala o ně zájem. „...byla na mě milá, hodná, jak jsem říkala, byla i rychlá, vyhověla mi ve všem, byla mi sympatická, takže problém jsem neměla žádný, nijak mě tou komunikací nepohoršila... naopak jsem se cítila, že o mě má zájem, i když na mě měla málo času.“ (P1) „... milá sestra, bylo vidět, že ... jako že semnou chce mluvit, vysvětlit mi to, poradit... no byla prostě

sympatická, hodná ... jako že se o mě zajímala“ (P4) Pacienti P7 a P11 ocenili i to, že se sestry během ošetření doptávaly na informace, což také považují za projev zájmu o pacienta. Ocenil jsem, že se doptávala a byla ochotná, zajímala se o to co mi je.“ (P7) „... zajímaly se o to, co jsem jim říkala, doptávaly se mě na informace, poradily, když jsem potřebovala, všechno mi vysvětlily, tak to bylo příjemný.“ (P11)

Pacienti P9 a P10 uvedli, že chování sester bylo příjemné, P10 navíc ocenila trpělivost sester, na čemž se shodují s P8. Pacientka P8 také ocenila, že na ni sestra měla dostatek času. Pacient P7 navíc uvedl, že podávané informace pro něj byly srozumitelné a pacientka P11 zase ocenila, že podané informace byly dostatečné. P11 navíc uvedla, že ji sestry naslouchaly, což také ocenila. Pacient P2 má se sestrou na ambulanci špatnou zkušenost a neuvedl nic, co by ocenil. Pacientka P3 má taktéž více negativních zkušeností a není nic, co by ocenila v rámci komunikace se sestrou při ošetření na ambulanci, pouze uvedla, že některé sestry se alespoň usmívaly a byly milý. Pacientka P5 má sice více pozitivních zkušeností, ale také není nic, co by vyložené ocenila při komunikaci se sestrou.

Informantů, kteří byli ošetřeni na expektačních lůžkách nebo crash roomu, je celkem pět P3, P6, P7, P8 a P12. Pacientka P3 ocenila, že sestry byly v klidu, vyhověly jejím požadavkům a vnímaly ji jako člověka s určitými potřebami. *Ocenila jsem jako přístup těch sester, že byly v klidu a ve všem mi vyhověly, všechno mi řekly, vnímaly mě jako člověka, že mám svoje potřeby.“ (P3) Pacient P6 uvedl, že sestry komunikovaly lépe než na ambulanci, dále ocenil, že se sestry představily a poskytly dostatečné informace ohledně plánu ošetření i během ošetření. Pacientka P8 nejvíce ocenila, že ji sestry uklidňovaly a jako pozitivní také vnímá celkovou péče na urgentním příjmu a stejně jako P7 uvedla, že jsou sestry hodný a milý. P7 a P12 ocenili srozumitelně podané informace. P12 pak ještě navíc ocenila trpělivý a tolerantní přístup a také chování k její dceři, která k nim získala důvěru. „Nemůžu říct, že by mi tam něco chybělo, při tom ošetřování dcery, bylo to jako takový v pohodě, v klidu, určitě bych ocenila přístup k dceři, opravdu se k ní chovali hezky a hlavně byly trpělivé, tolik trpělivosti nemá někdy ani já.“ (P12)*

4.1.2.8 Kategorie 8 – Negativní prožitky pacientů

Tato kategorie popisuje problémy a jejich příčiny, které se vyskytují mezi pacientem a sestrou na urgentním příjmu z pohledu pacienta. Pro představu a potvrzení skutečností v textu uvádíme několik odpovědí našich informantů.

Na recepci a ambulanci naši pacienti vnímají jako nejčastější problém to, že sestry nemají dostatek času a to především z důvodu pracovní vytíženosti. To uvádí pacienti P1, P3, P4, P9, P10. „*Akorát, že nemají moč času, ale za to nemůžou, taky to nemají jednoduchý.*“ (P1)

Pacient P2 také uvádí nedostatek času jako jeden z problému, ale v některých případech si myslí, že sestry spíše čas mít nechtěly, než že by byly pracovně vytížené. „*Nevím, jestli problémem bylo, že neměli čas, ale spíš bych řekl, že ani semnou mluvit nechtěli, chtěli, abych co nejrychleji zase vypadl a nezajímalo je, co já potřebuju nebo tak.*“ (P2) Podobnou zkušenost uvádí i pacient P6, který v jedné odpovědi uvedl, že sestra si čas udělat nechtěla. „*...akorát ta jedna sestra na ambulanci, ta nepříjemná, tak ta si spíš ten čas udělat nechtěla si myslím...*“ (P6) Jiná odpověď pacienta P2 poukazuje na to, že sestry pracovně vytížené byly. „*No tam bylo tolik lidí, že oni vlastně chvátali, aby se toho zbavili, toho návalu... to je můj dojem.*“ (P2) Pacienti P2, P3, P5, P6 a P10 dále popisují jako problém v komunikaci nepříjemné či nevhodné chování sestry. Mezi toto nepříjemné či nevhodné chování všichni tito pacienti zařadili to, že na ně byla sestra protivná. Pacientka P10 dále zmiňuje, že se sestra chovala arogantně. Pacientka P5 byla přítomna v situaci, kdy sestra byla až zlá a křičela. Z její odpovědi vyplývá, že sestra komunikaci s pacientkou nezvládla. „*...byla až jako zlá, ale hlavně na tu paní, co tam byla přede mnou ... to jsem slyšela z toho boxu, že na ní i řvala, protože po ní něco chtěla, ta paní, já už nevím co, tak po ní začala ječet, že to snad nemyslí vážně, že to si musím zařídit sama, že to rozhodně není její povinnost...*“ (P5) Pacientce P3 při komunikaci se sestrou chyběl oční kontakt, dále se setkala s nezájmem až ignorací ze strany sestry během ošetření. „*... nebo největší problém je, že ony se třeba na mě ani nepodívaly, jako kdyby ani nebraly nebo jak to říct, neregistrovaly, že tam jsem. Pak byly třeba ještě protivný...*“ (P3) Pacientka P9 má podobnou zkušenost, kdy popisuje, že si ji sestry na recepci dlouho neвшímaly a navíc ještě sdělovala své problémy před celou čekárnou, což vnímá jako narušení intimity. „*Spíš, že když jsem tam jednou byla, tak si mě dlouho neвшímali, dělali, že tam nejsem. A byla tam i taková starší, která mi*

nerozuměla, přes to plexislo... tak jsem přes to plexislo musela trochu zvyšovat hlas, aby mě slyšela, no to je pak docela nepříjemný, protože všichni ostatní v té čekárně to pak slyší.“ (P9) Dále pacient P4 by ocenil milejší přístup ze strany sestry a více porozumění. „... a jinak bych někdy i ocenil milejší přístup, víc porozumění.“ (P4) Také pacient P6 uvádí, že by ocenil více pochopení a ochoty. „A u té sestry co na mě byla protivná, tak bych očekával více pochopení a ochoty asi, protože já jsem taky nebyl nadšený, když jsem tam dvě hodiny čekal na ošetření a pak vlezu do ambulance a tam jsou na mě pak nepříjemný a protivný.“ (P6) Dále se pacienti P6 a P4 shodují, že v některých případech byla komunikace ze strany sestry nedostatečná. Pacient P6 by ocenil, kdyby ho sestry více informovaly stran plánu ošetření. „Asi možná jako víc té komunikace, jako od těch sester, jako o tom plánu, jako co se tam bude dít.“ (P6) Pacient P4 ve svých odpovědích uvádí, že má zkušenost, kdy se sestrou téměř nemluvil, pouze se pozdravili. „...protože jsem se sestrami nikdy moc nemluvil,... V podstatě jsem se s tou sestrou jen pozdravil...“ (P4) Ovšem P4 vidí jako hlavní problém nedostatečné komunikace ze strany sestry to, že nemají na ošetření dostatek času. „...jak jsem říkal příliš zaměstnaná... mají většinou moc práce...“

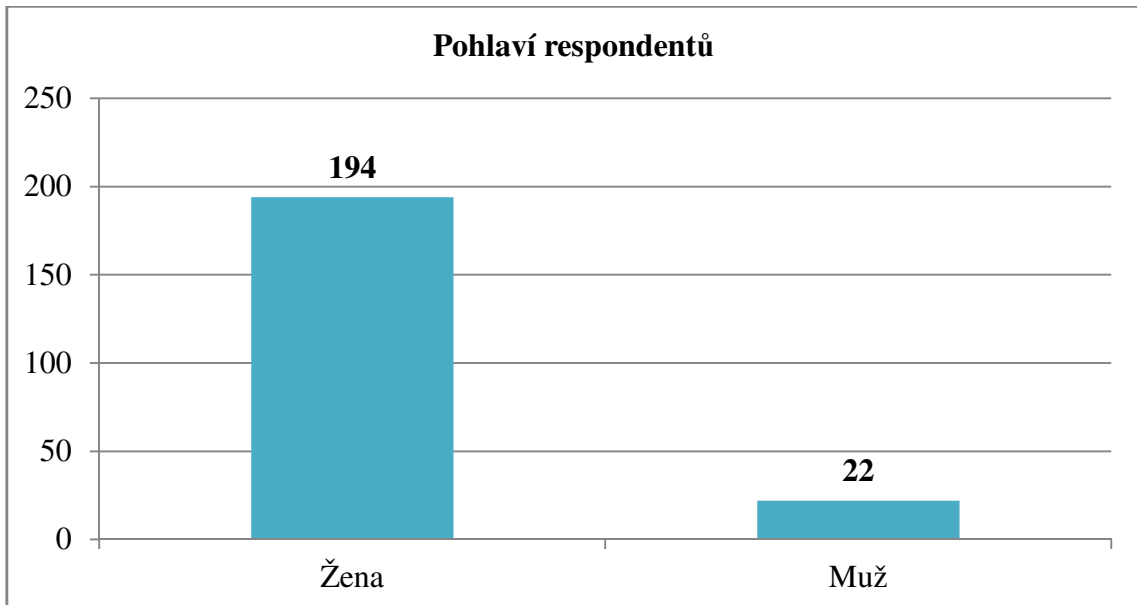
Pacienti ošetření na expektačních lůžkách či crashroomu neuvádějí téměř žádné problémy, které by se v komunikaci vyskytovali. Pouze dva z nich P7 a P8 uvedly, že sestry neměly dostatek času. Tuto skutečnost ovšem nevnímají negativně, ale tak že sestry byly příliš pracovně vytížené a nebyla to jejich vina. „když mě dovezli tou záchrankou, tak tam na mě sestry neměly tolik času, ale nemyslím si, že by to byla jejich vina, prostě toho měly moc.“(P7)

Na expektacích tam měly sestřičky míň času, protože tam měly hodně lidí, ale nic mi nescházelo. (P8)

4.2 Výsledky kvantitativního výzkumného šetření

4.2.1 Grafické výsledky výzkumu

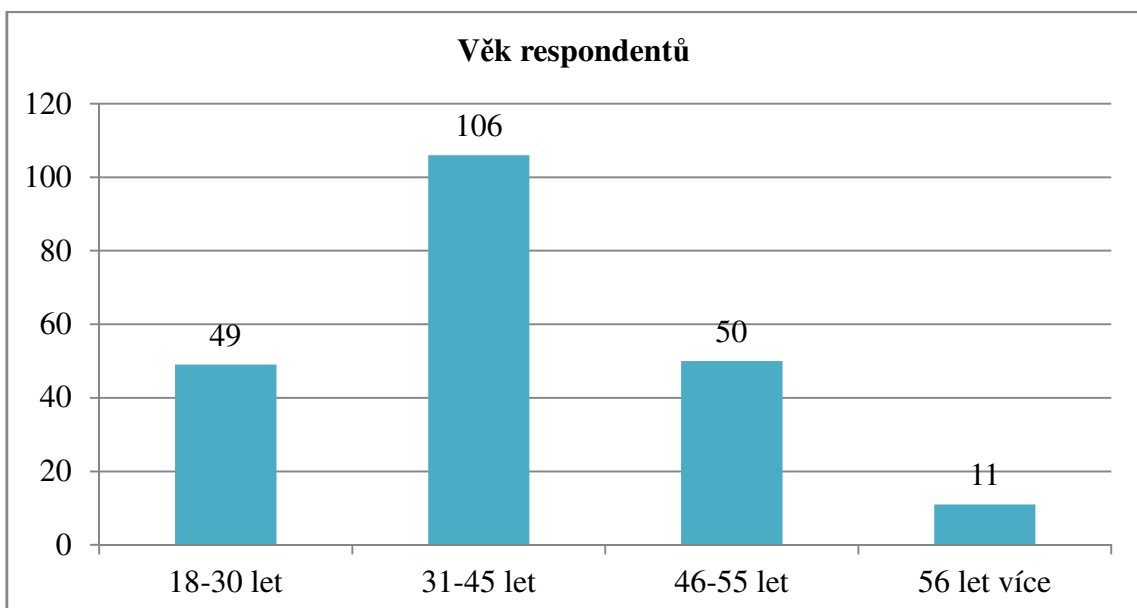
Graf č. 1 - Pohlaví respondentů



(Zdroj: vlastní výzkum)

První otázka měla identifikační charakter. Z celkového počtu 216 (100%) respondentů odpovědělo 194 žen (89,8%) a 22 mužů (10,2%).

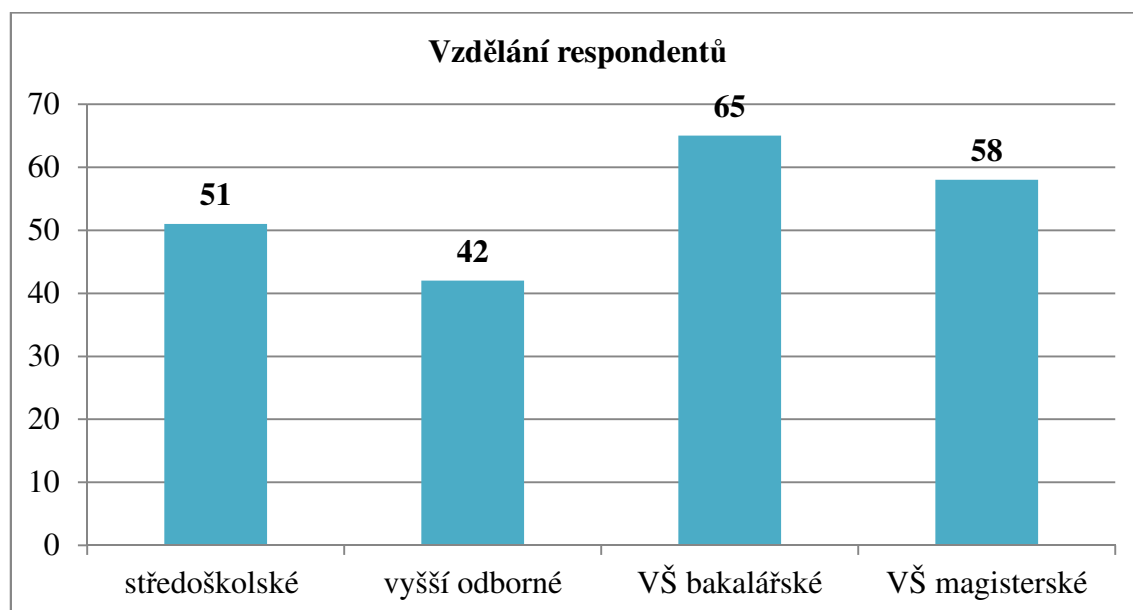
Graf č. 2 - Věk respondentů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z celkového počtu 216 (100%) respondentů spadá nejvíce z nich do věkové kategorie 31-45 let a to celkem 106 (49,1%) respondentů. Dále následuje věková kategorie 46-55 let v počtu 50 (23,1%) respondentů. S téměř stejným výsledkem následuje věková kategorie 18-30 let s 49 (22,7%) respondenty. Jako poslední je věková kategorie 56 let a více s celkovým počtem respondentů 11 (5,1%).

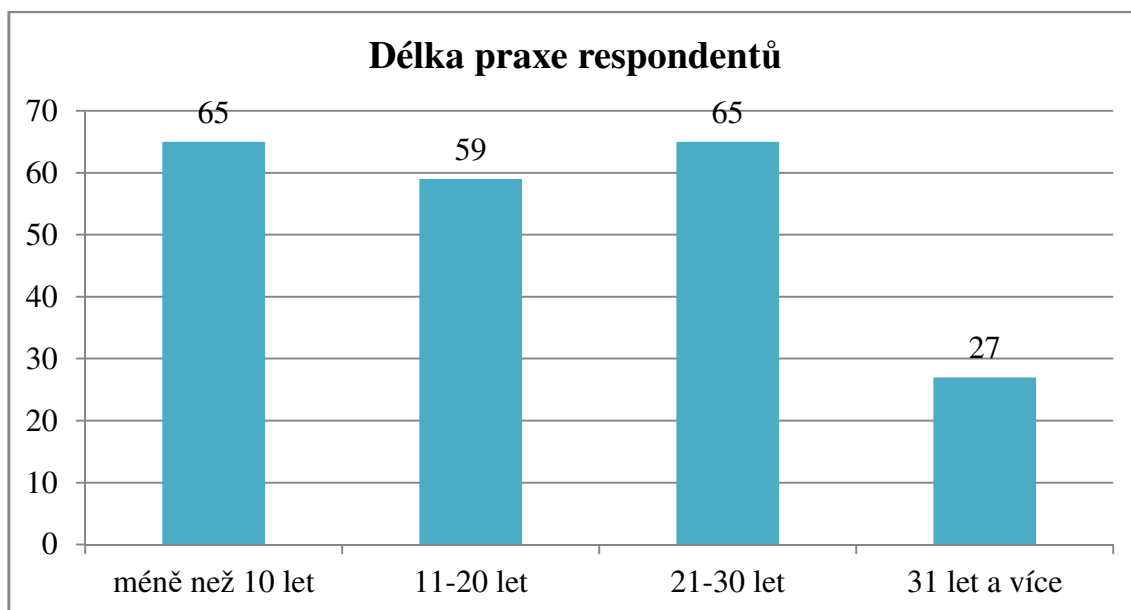
Graf č. 3 - Vzdělání respondentů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu vyplývá, že z celkového počtu 216 (100%) respondentů má 65 (30,1%) respondentů nejvyšší dosažené vzdělání vysokoškolské bakalářské. Dalších 58 (26,9%) respondentů má vysokoškolské magisterské vzdělání. 51 (23,6%) respondentů má nejvyšší dosažené vzdělání stredoškolské. Dalších 42 (19,4%) respondentů má vyšší odborné vzdělání.

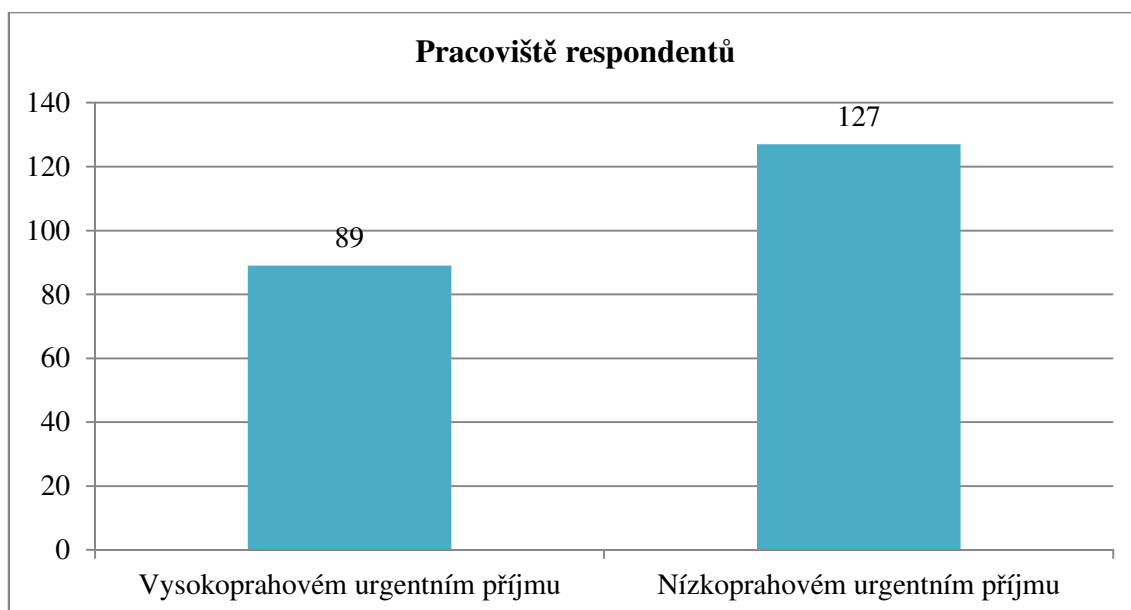
Graf č. 4 - Délka praxe respondentů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z celkového počtu 216 (100%) respondentů, celkem 65 (30,1%) respondentů má praxi ve zdravotnictví v rozmezí 21-30 let. Dalších 65 (30,1%) uvedlo délku praxe méně než 10 let. 59 (27,3%) respondentů pracují ve zdravotnictví mezi 11-20 roky. Dalších 27 (12,5%) respondentů uvedlo délku práce více než 31 let.

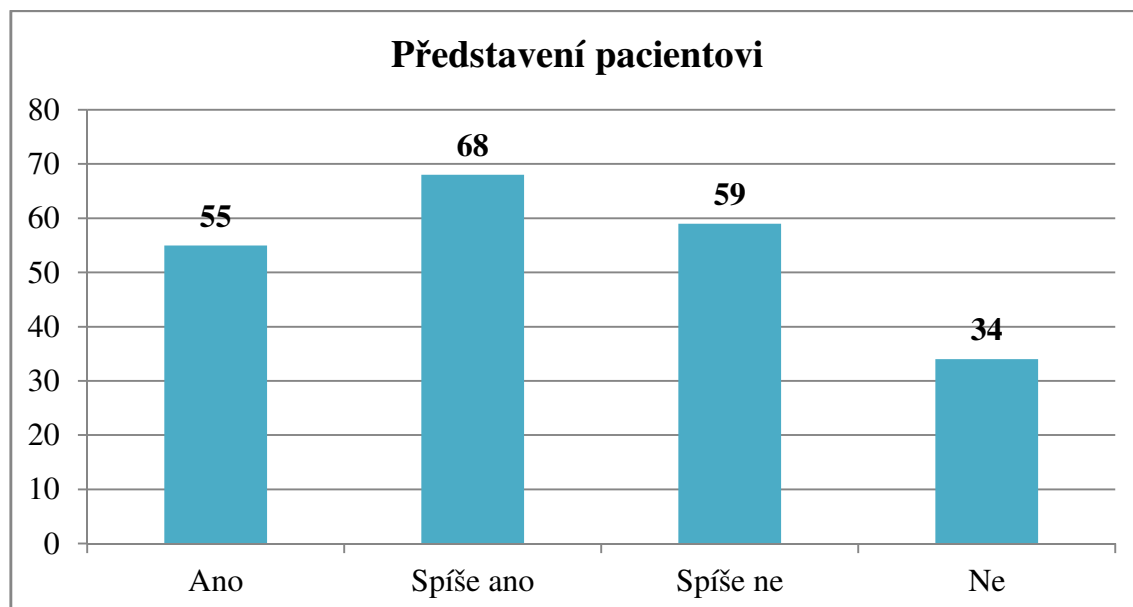
Graf č. 5 - Pracoviště respondentů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z celkového počtu 216 (100%) respondentů pracuje 127 (58,8%) na nízkoprahovém a 89 (41,2%) na vysokoprahovém urgentním příjmu.

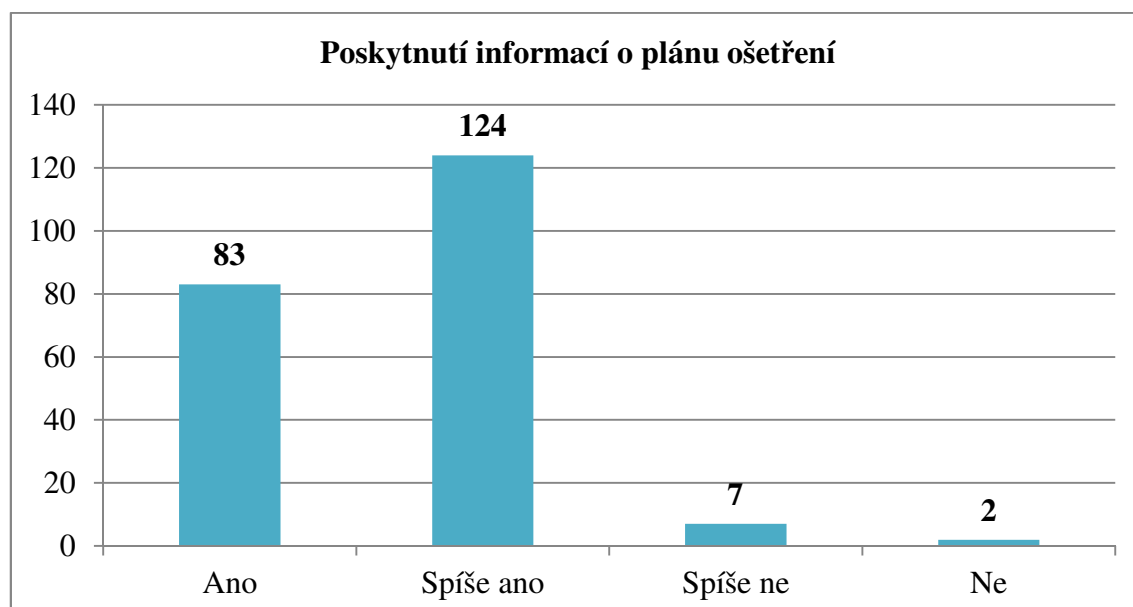
Graf č. 6 - Představení pacientovi



(Zdroj: vlastní výzkum)

V této otázce jsem zjišťovala, zdali se při přijetí sestry pacientovi představují. Nejčastěji sestry zvolily odpověď spíše ano a to z celkového počtu 216 (100%), odpovědělo 68 (31,5%) sester spíše ano, dalších 59 (27,3%) sester odpovědělo spíše ne. Dále 55 (25,5%) sester odpovědělo ano a 34 (15,7%) sester ne.

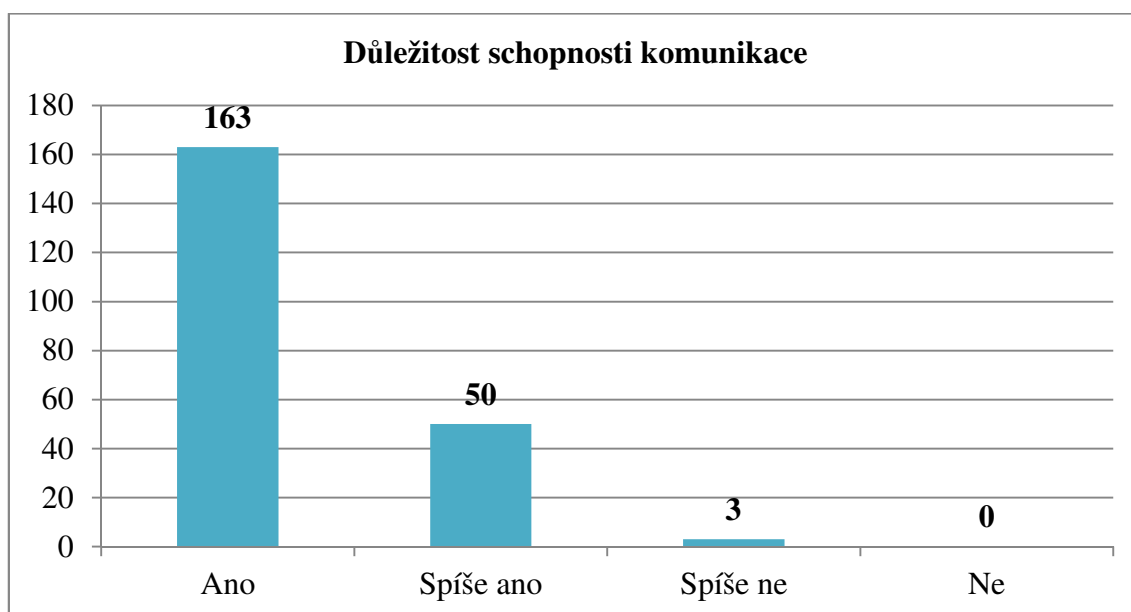
Graf č. 7 - Poskytnutí informací o plánu ošetření



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala, zdali si sestry myslí, že podávají dostatečné informace o plánu ošetření. Nejčastěji sestry odpověděly spíše ano a to celkem 124 (57,4 %) sester z celkového počtu 216 (100 %). Dále 83 (38,4 %) sester odpovědělo ano, 7 (3,2 %) sester spíše ne a pouze 2 (0,9 %) sestry ne.

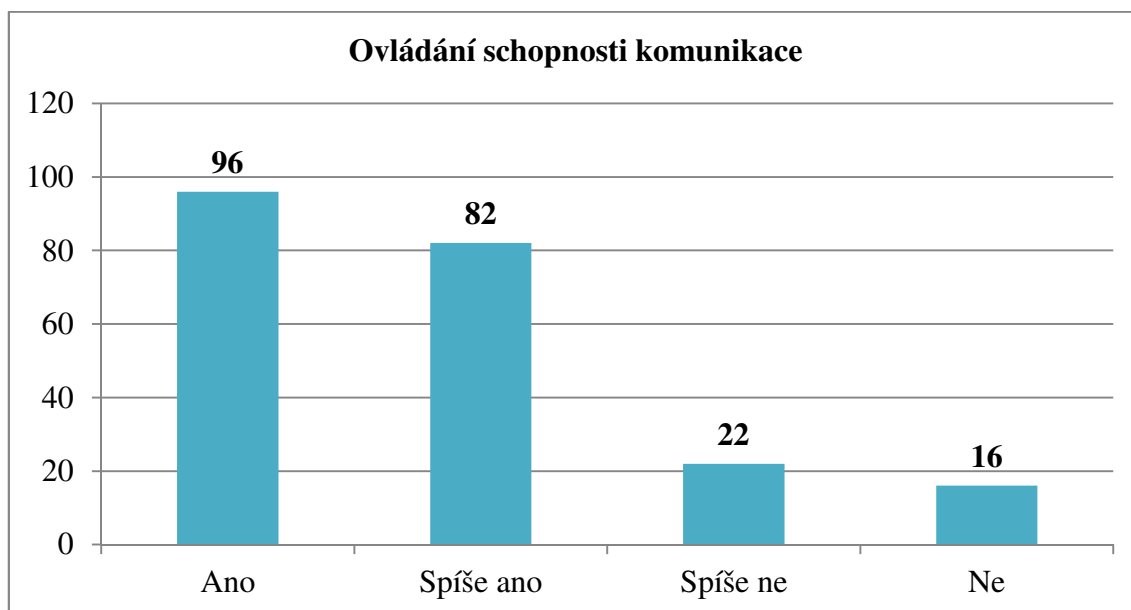
Graf č. 8 - Důležitost schopnosti komunikace



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka zjišťovala, jestli sestry vnímají schopnost dobře komunikovat jako podstatnou při svojí práci. Z celkového počtu 216 (100 %) sester, 163 (75,5 %) sester odpovědělo ano. Dalších 50 (23,1 %) sester odpovědělo spíše ano a 3 (1,4 %) sestry spíše ne. Žádný z respondentů nezvolil odpověď ne.

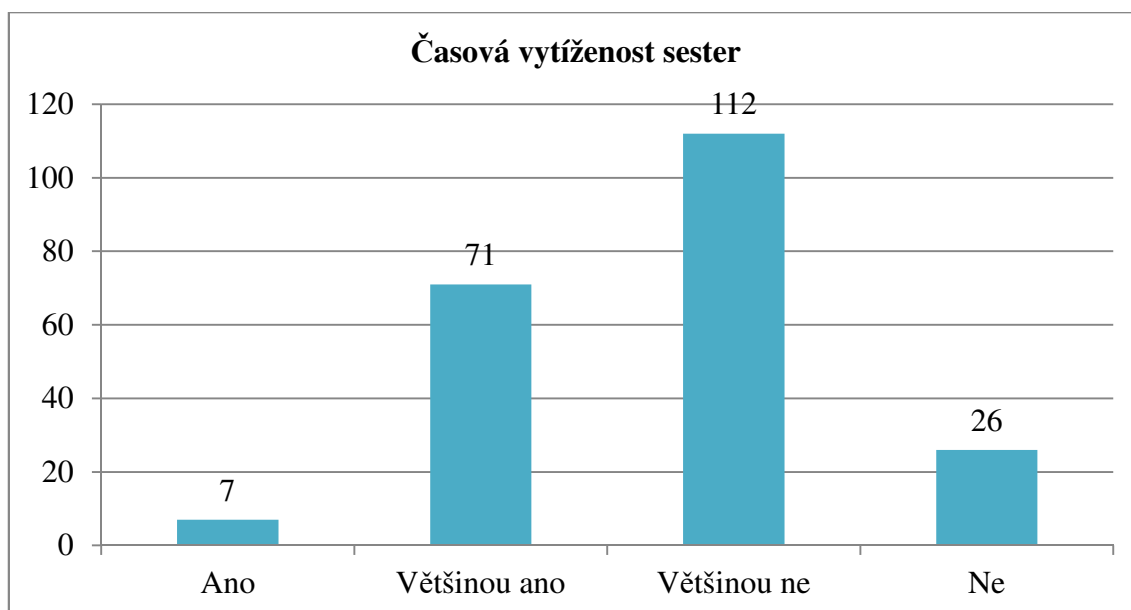
Graf č. 9 - Ovládání schopnosti komunikace



(Zdroj: vlastní výzkum)

V této otázce jsem zjišťovala, zdali si sestry myslí, že dobře ovládají schopnost komunikace. Z celkového počtu 216 (100 %) sester, celkem 96 (44,4 %) odpovědělo ano a dalších 82 (37,9 %) odpovědělo spíše ano. Dále 22 sestry odpověděly spíše ne (10,1 %) a 16 (7,4%) sester zvolilo odpověď ne.

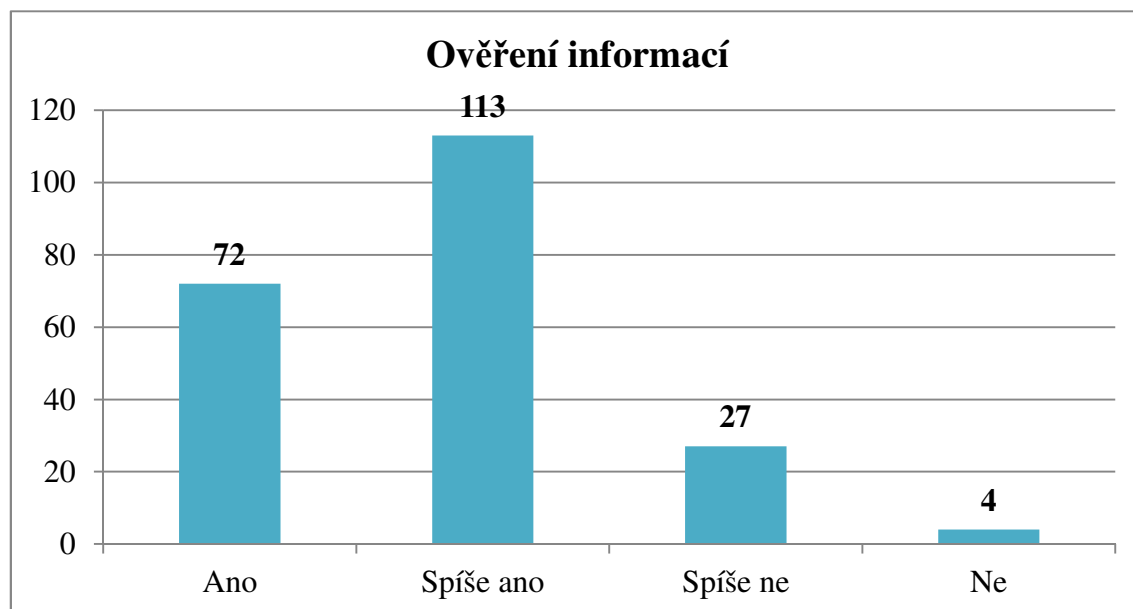
Graf č. 10 - Časová vytíženost sester



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka zjišťovala, zdali mají sestry na každého pacienta dostatek času. Z celkového počtu 216 (100 %) sester, 112 (51,9 %) odpovědělo, že většinou čas nemají. Dalších 71 (32,9 %) sester naopak odpovědělo, že většinou čas mají. Dále 26 (12,0 %) sester odpovědělo ne a 7 (3,2 %) sester ano.

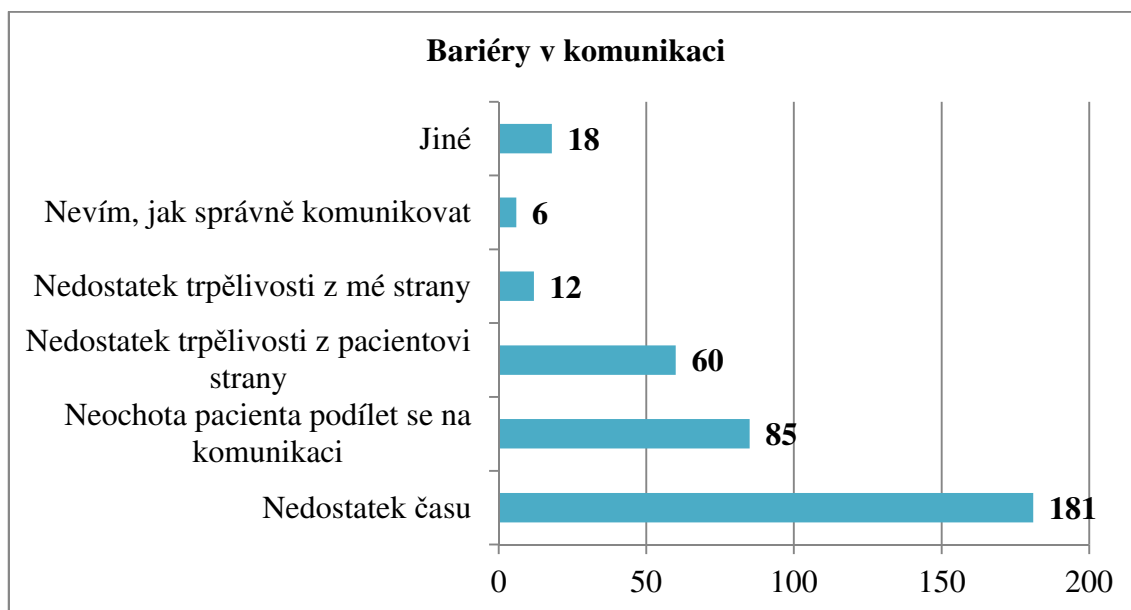
Graf č. 11 - Ověření informací



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala, jestli si sestry ověřují, zdali pacient dostatečně porozuměl podaným informacím. Z celkového počtu 216 (100 %) sester, celkem 113 (52,3 %) odpovědělo spíše ano, dalších 72 (33,3 %) odpovědělo ano. Celkem 27 (12,5 %) sester odpovědělo spíše ne a poslední 4 (1,9 %) sestry odpověděly ne.

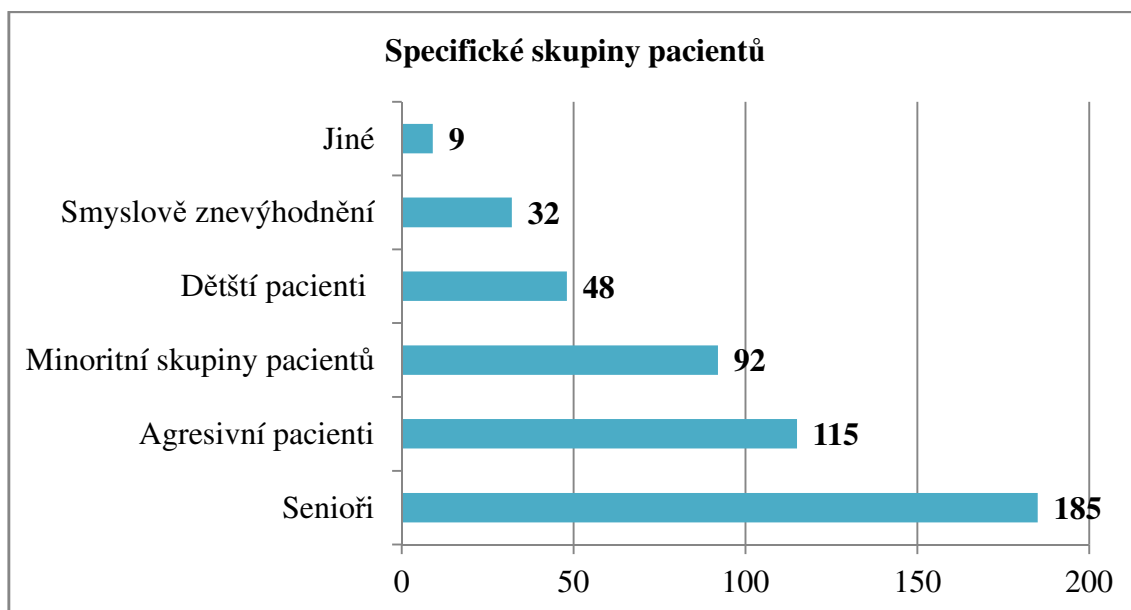
Graf č. 12 - Bariéry v komunikaci



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala, jaké jsou dle sester nejčastější bariéry v komunikaci na jejich oddělení. Nejčastěji sestry volily odpověď nedostatek času a to celkem 181 (83,3 %) sester z celkového počtu 216 (100 %) sester. Dále zvolilo 85 (39,4 %) sester neochotu pacienta podílet se na komunikaci a 60 (27,8 %) sester zvolilo odpověď nedostatek trpělivosti ze strany pacienta. Celkem 12 (5,6 %) sester vnímá jako bariéru nedostatek trpělivosti z jejich strany. A dále 18 (8,3 %) sester zvolilo odpověď jiné, z nichž 10 (4,6 %) vnímá jako nejčastější bariéru na jejich oddělení jazykovou bariéru. Dále z toho 3 (1,4 %) sestry uvedly špatný zdravotní stav pacienta. Dále 2 (0,9 %) sestry uvedly jako bariéru intubovaného pacienta a 2 (0,9 %) sestry kvantitativní poruchu vědomí. 1 (0,5 %) sestra odpověděla jako nejčastější bariéru syndrom vyhoření sestry.

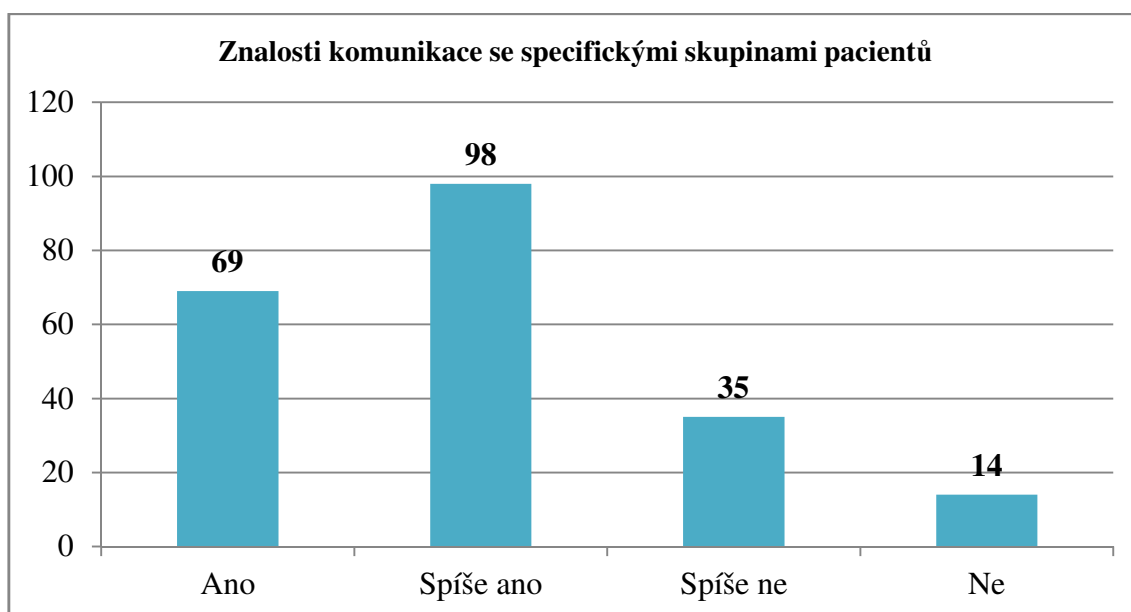
Graf č. 13 - Specifické skupiny pacientů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala, s jakými specifickými skupinami pacientů se sestry setkávají nejčastěji. Z grafu vyplývá, že nejčastěji se sestry na urgentním příjmu setkávají se seniory, tuto odpověď zvolilo celkem 185 (85,6 %) sester z celkového počtu 216 (100 %) respondentů. Dále 115 (53,2 %) sester zvolilo odpověď agresivní pacienti a 92 (42,6 %) pacientů minoritní skupiny pacientů. Dále 48 (22,2 %) sester zvolilo odpověď děťští pacienti a 32 (14,8 %) smyslově znevýhodnění. 9 (4,2 %) sester zvolilo odpověď jiné. Z toho celkem 5 (2,3 %) sester odpovědělo, že se často setkávají s cizinci, 5 (2,3 %) sester s pacienty pod vlivem návykových látek a 1 (0,5 %) sestra s bezdomovci.

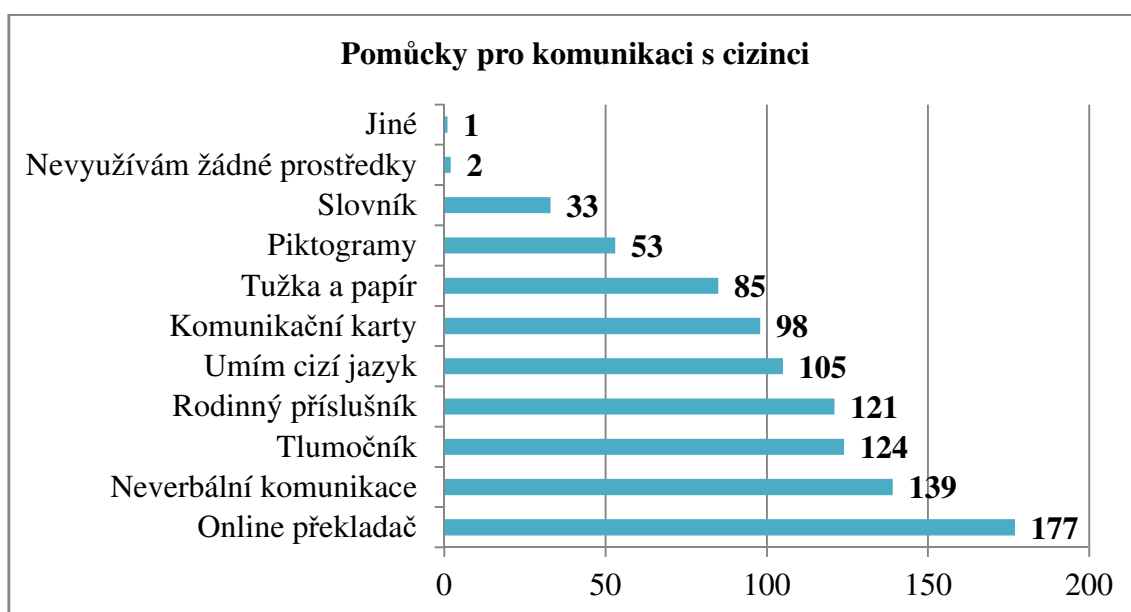
Graf č. 14 - Znalost komunikace se specifickými skupinami pacientů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka zjišťovala, zdali sestry mají dostatečné znalosti v oblasti komunikace se specifickými skupinami pacientů. Z celkového počtu 216 (100 %) sester, 98 (45,4 %) sester odpovědělo spíše ano. Dále 69 (31,9 %) sester odpovědělo ano, dalších 35 (16,2 %) sester odpovědělo spíše ne a 14 (6,48 %) sestry zvolily odpověď ne.

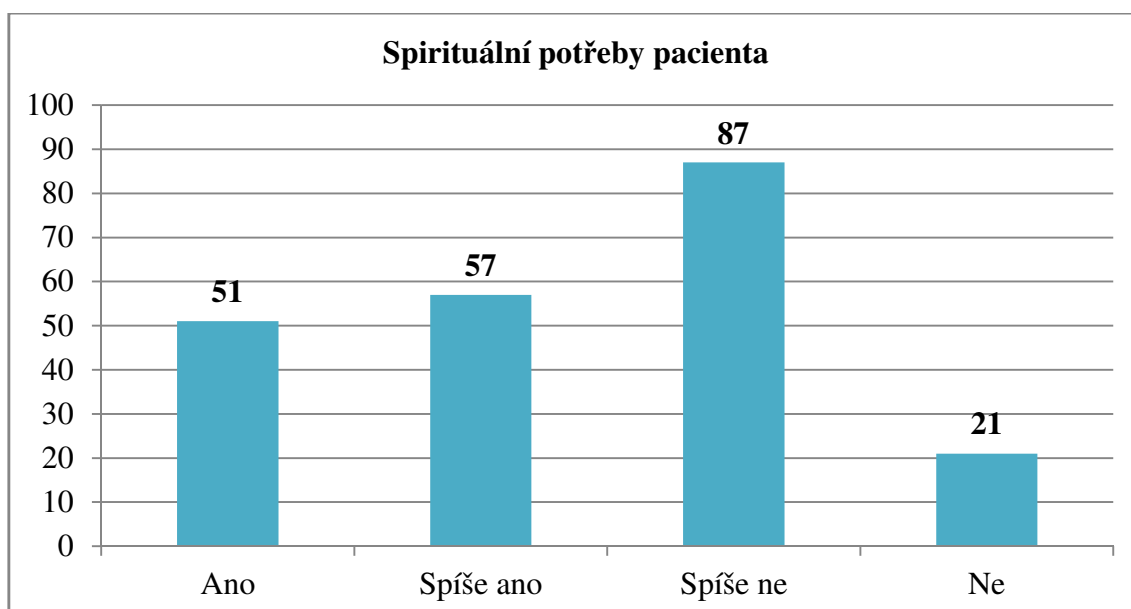
Graf č. 15 - Pomůcky pro komunikaci s cizinci



(Zdroj: vlastní výzkum)

Z grafu je patrné, že sestry při komunikaci s cizinci na oddělení urgentního příjmu nejvíce využívají online překladač a to celkem 177 (81,9 %) sester z celkového počtu 216 (100 %). Dále 139 (64,4 %) sester využívá neverbální komunikaci, 124 (57,4 %) sester tlumočnicka, 121 (56 %) sester rodinného příslušníka, 105 (48,6 %) sester umí cizí jazyk, 98 (45,4 %) sester využívá komunikační karty, 85 (39,4 %) sester zvolilo odpověď tužka a papír, dále 53 (24,5 %) sester využívá piktogramy, 33 (15,3 %) sester využívá slovní a 2 (0,9 %) sestry nevyužívají při komunikaci s cizinci žádné prostředky. Odpověď jiné zvolila 1 sestra (0,5 %), jejíž odpověď byla, že využije kolegu, který umí cizí jazyk.

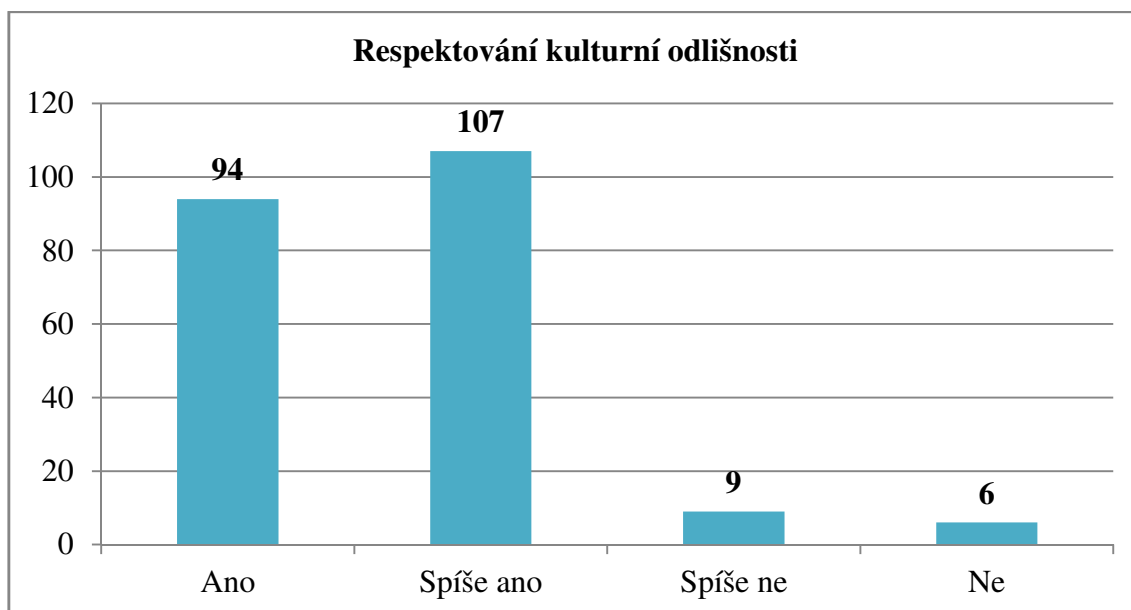
Graf č. 16 - Spirituální potřeby pacienta



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala, zdali se sestry zajímají o spirituální potřeby pacientů. Z celkového počtu respondentů 216 (100 %) celkem 87 (40,3 %) sester odpovědělo spíše ne. Dalších 57 (26,4 %) sester odpovědělo spíše ano, 51 (23,6 %) sester ano a 21 (9,7 %) sester ne.

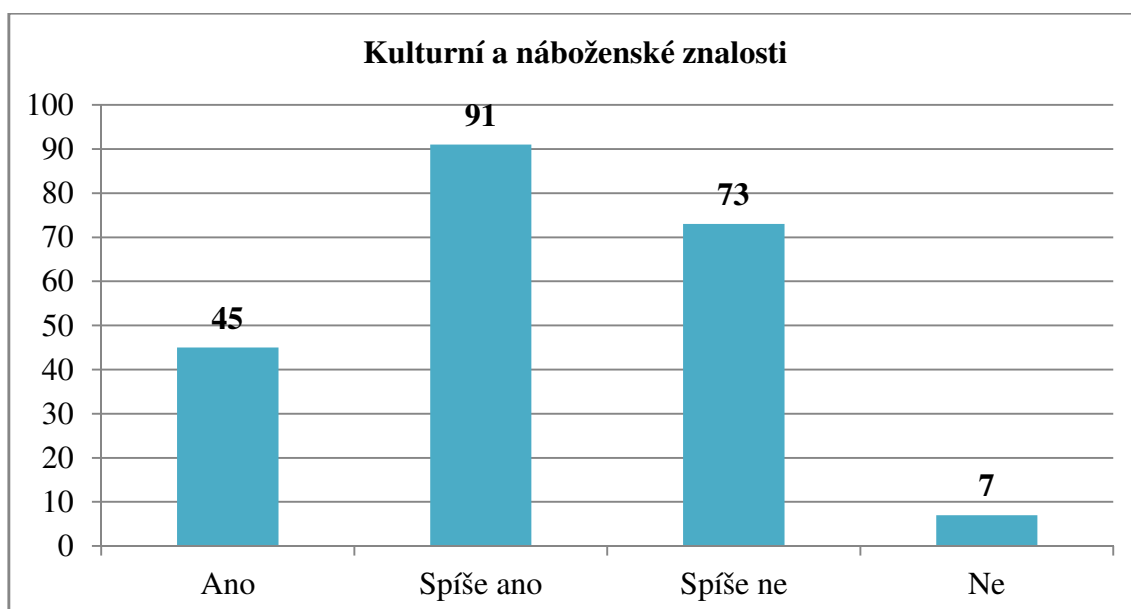
Graf č. 17 - Respektování kulturní odlišnosti



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala, zdali sestry respektují kulturní odlišnosti pacienta. Z celkového počtu 216 (100 %), celkem 107 (49,5 %) sester odpovědělo spíše ano. Dalších 94 (43,5 %) sester odpovědělo ano, 9 (4,2 %) sester spíše ne a 6 (2,8 %) sester ne.

Graf č. 18 - Kulturní a náboženské znalosti

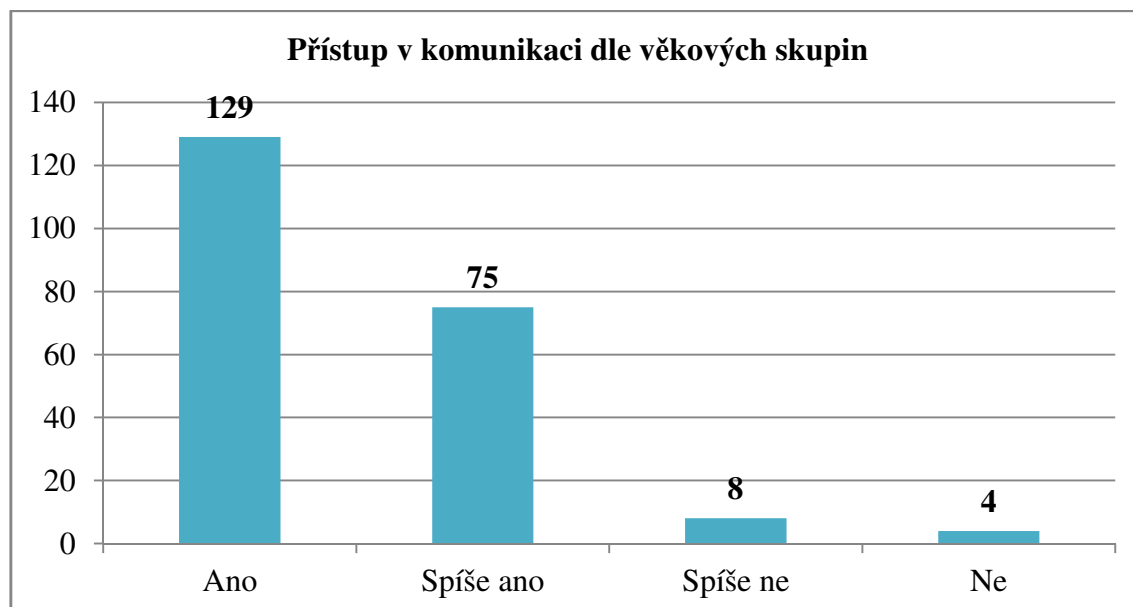


(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka zjišťovala, zdali sestry pracující na urgentním příjmu mají dostatečné znalosti o jiných kulturách a náboženstvích. Z celkového počtu 216 (100 %), celkem 91 (42,1 %)

sester odpovědělo spíše ano, dalších 73 (33,8 %) sester spíše ne, 45 (20,8 %) sester odpovědělo ano a 7 (3,2 %) sester zvolilo odpověď ne.

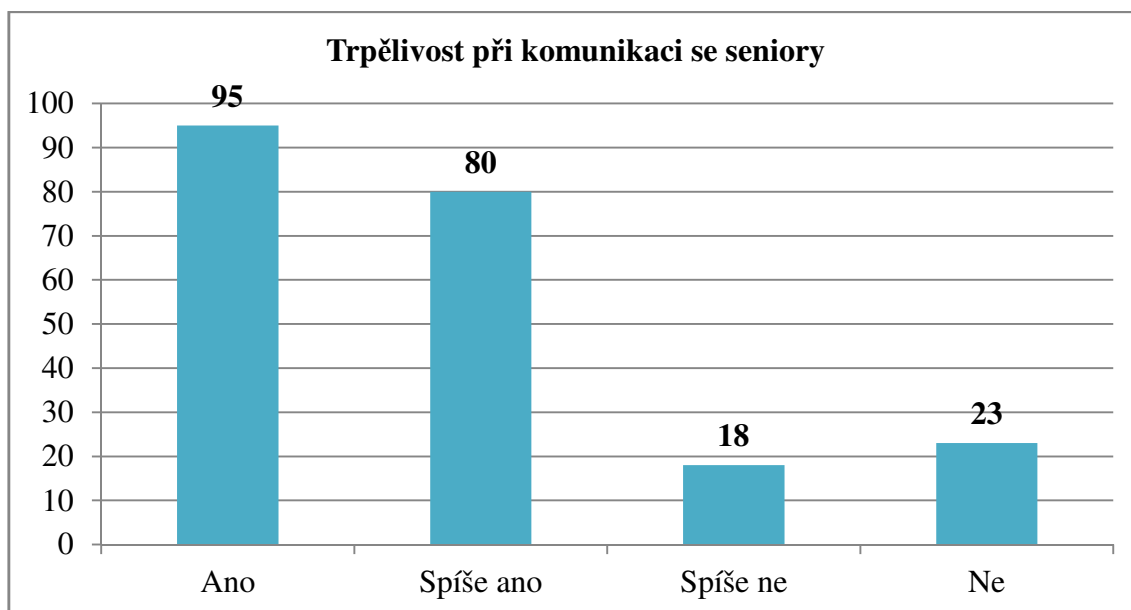
Graf č. 19 - Přístup v komunikaci dle věkových skupin



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka zjišťovala, zdali se liší přístup sester v komunikaci u různých věkových skupin pacientů. Z celkového počtu 216 (100%), odpovědělo 129 (59,7 %) sester ano. Dále 75 (34,7 %) sester odpovědělo spíše ano, 8 (3,7 %) sester spíše ne a 4 (1,9 %) sestry zvolily odpověď ne.

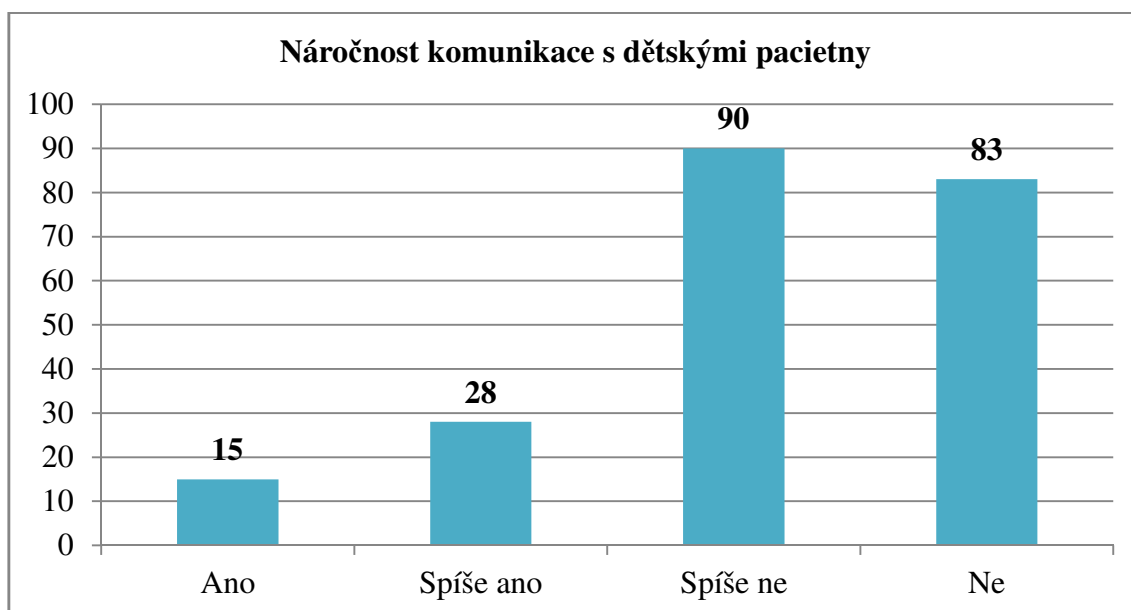
Graf č. 20 - Trpělivost při komunikaci se seniory



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka zjišťovala, jestli jsou sestry dostatečně trpělivé při komunikaci se seniory. Z celkového počtu respondentů 216 (100 %), celkem 95 (44,0 %) sester odpovědělo ano. Dalších 80 (37,0 %) sester odpovědělo spíše ano, 18 (8,3 %) sester spíše ne a odpověď ne zvolilo celkem 23 sester (10,6 %).

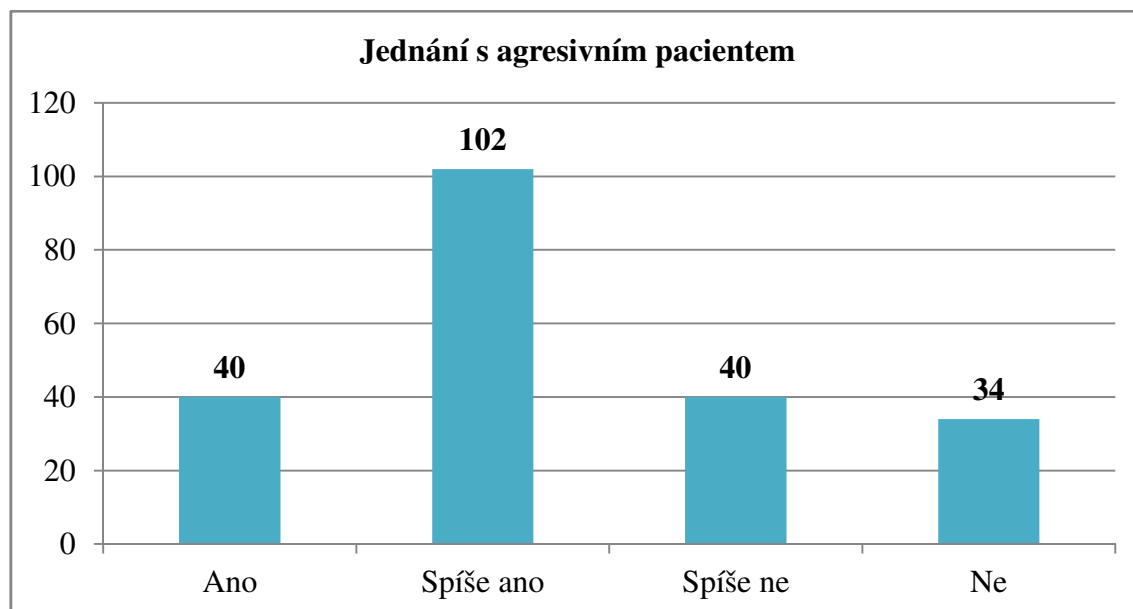
Graf č. 21 - Náročnost komunikace s dětskými pacienty



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka zjišťovala, jestli je pro sestry těžké komunikovat s dětskými pacienty. Z celkového počtu 216 (100 %) sester, celkem 90 (41,7 %) odpovědělo spíše ne, 83 (38,4 %) sester ne, 28 (13 %) sester zvolilo odpověď spíše ano a 15 (6,9 %) sester odpovědělo ano.

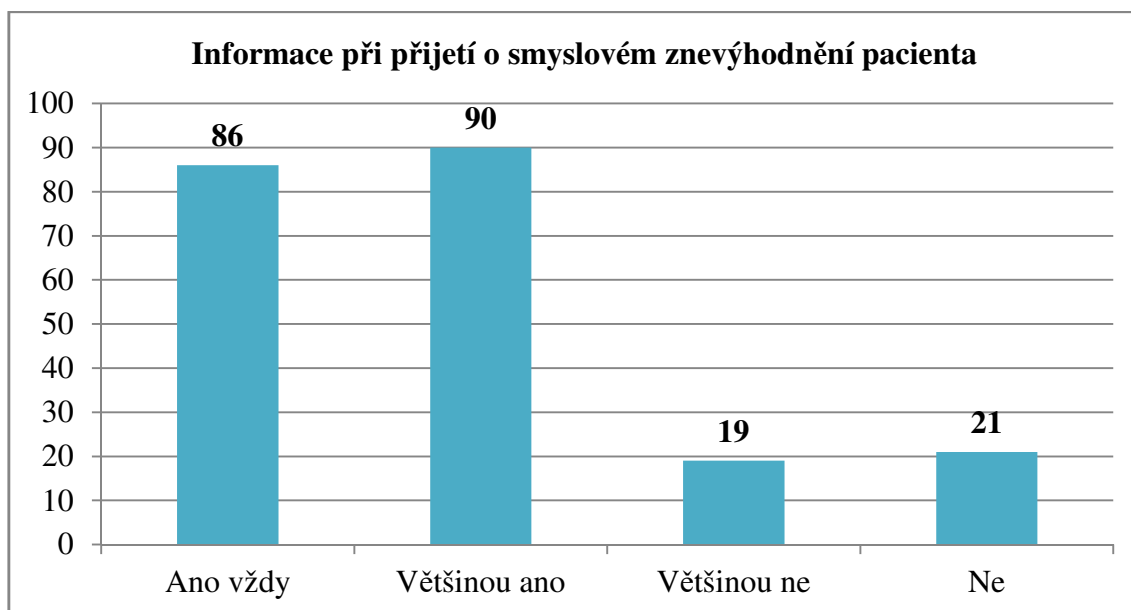
Graf č. 22 - Jednání s agresivním pacientem



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka se zjišťovala, zdali sestry ví jak správně jednat s agresivním pacientem. Z celkového počtu 216 (100 %), celkem 102 (47,3 %) sester odpovědělo spíše ano. Dalších 40 (18,5 %) sester zvolilo odpověď ano, dalších 40 (18,5 %) sester odpovědělo spíše ne a posledních 34 (15,7 %) sestry odpověděly ne.

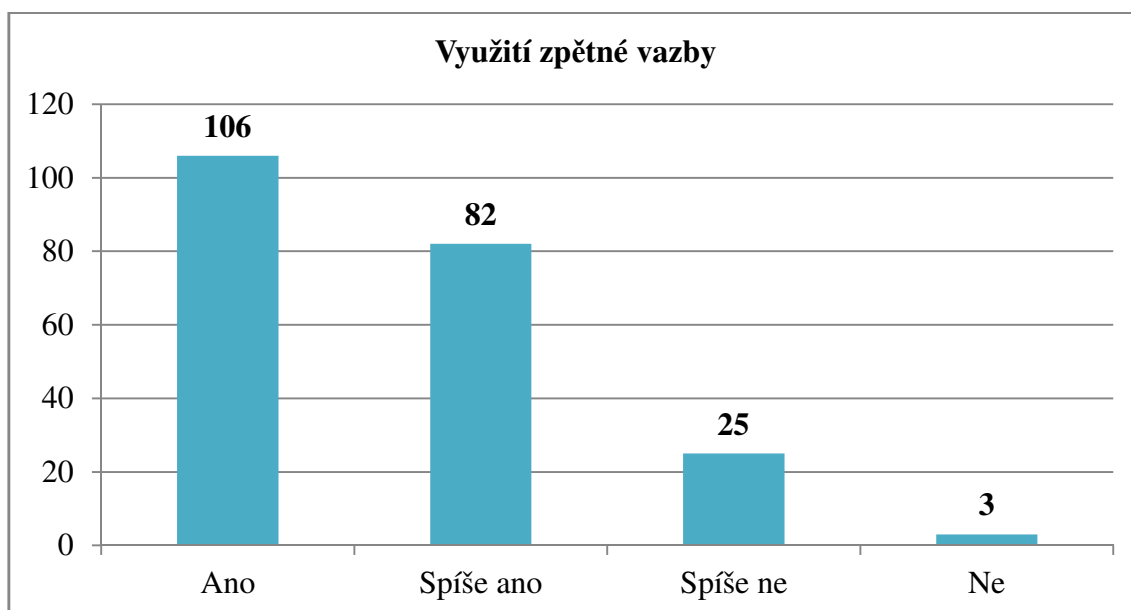
Graf č. 23 - Informace při přijetí o smyslovém znevýhodnění pacienta



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka se zabývala tím, zdali sestry při přijetí pacienta zjišťují, jestli je nějakým způsobem smyslově znevýhodněný. Z celkového počtu 216 (100 %), celkem 86 (39,8 %) sester odpovědělo ano vždy, dalších 90 (41,7 %) odpovědělo většinou ano, 19 (8,8 %) sester odpovědělo většinou ne a poslední 21 (9,7 %) sestry zvolily odpověď ne.

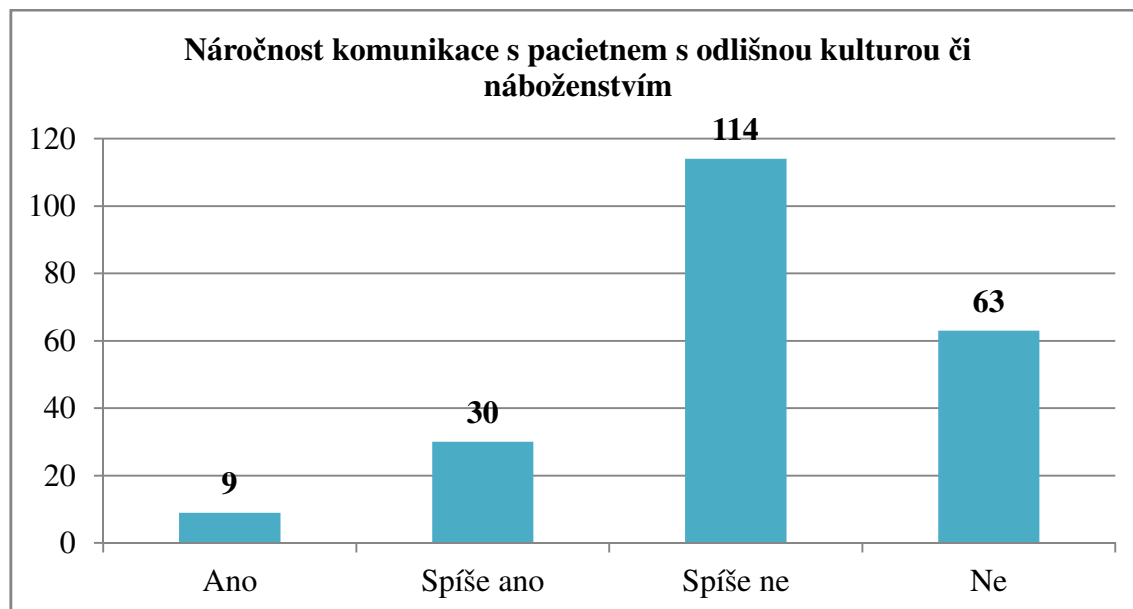
Graf č. 24 - Využití zpětné vazby



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala, zdali sestry využívají zpětnou vazbu. Z celkového počtu 216 (100 %), celkem 106 (49,1 %) sester zvolilo odpověď ano, dalších 82 (38,0 %) spíše ano, 25 (11,6 %) sester odpovědělo ne a poslední 3 (1,4 %) volily odpověď ne.

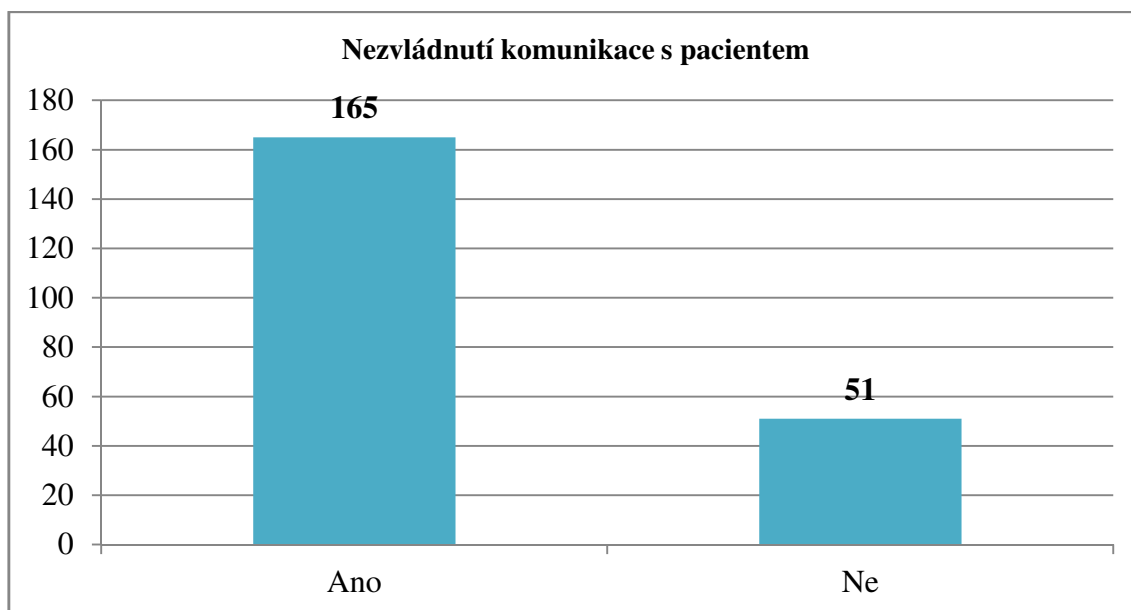
Graf č. 25 Náročnost komunikace s pacientem s odlišnou kulturou či náboženstvím



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka zjišťovala, zdali je pro sestry náročné ošetřovat pacienta s odlišnou kulturou či náboženstvím. Celkový počet respondentů je 216 (100 %). Z toho 114 (52,8 %) sester volilo odpověď spíše ne, dalších 63 (29,2 %) odpovědělo ne, 30 (13,9 %) sester zvolilo odpověď spíše ano a posledních 9 (4,2 %) sester odpovědělo ano.

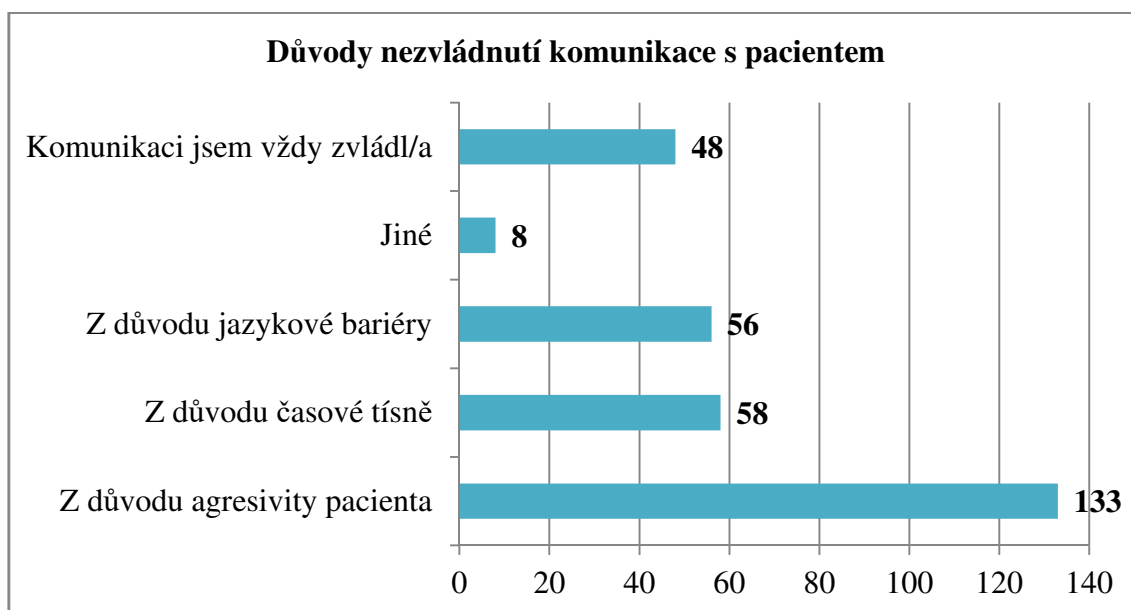
Graf č. 26 - Nevládnutí komunikaci s pacientem



(Zdroj: vlastní výzkum)

Otázka zjišťovala, zdali se sestry někdy dostaly do situace, kdy komunikaci s pacientem nevládly. Z celkového počtu 216 (100 %) respondentů, celkem 165 (76,4 %) sester odpovědělo ano a tedy se dostaly do situace, kdy nevládly komunikaci s pacientem. Dalších 51 (23,6 %) sester odpovědělo ne.

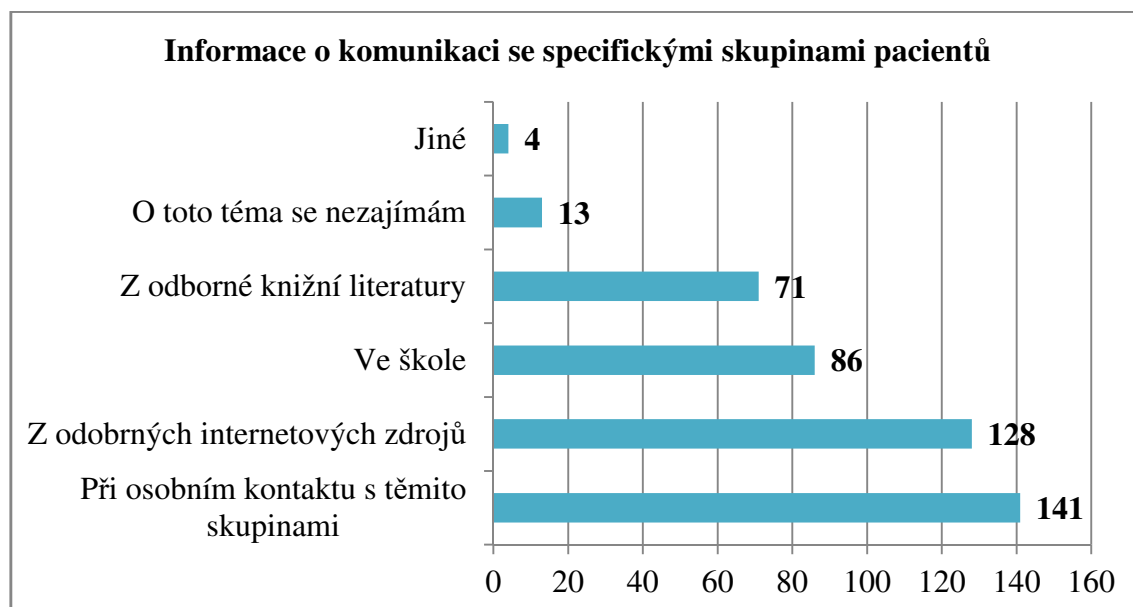
Graf č. 27 - Důvody nevládnutí komunikace s pacientem



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka navazuje na otázku předešlou a zjišťuje důvody, proč sestry komunikaci nezvládly. Z celkového počtu 216 (100 %), 133 (61,6 %) dotazovaných zvolilo odpověď z důvodu agresivity pacienta, dalších 58 (26,9 %) dotazovaných vybralo odpověď z důvodu časové tísně, dalších 56 (25,9 %) zvolilo odpověď z důvodu jazykové bariéry. Dále celkem 48 (22,2 %) dotazovaných komunikaci zvládlo vždy. 8 (3,7 %) dotazovaný zvolilo odpověď jiné. Z toho 2 (0,9 %) z dotazovaných nezvládli komunikaci, protože pacient byl pod vlivem alkoholu, 1 (0,5 %) dotazovaný uvedl jako důvod jazykovou bariéru, 1 z důvodu neznalosti kultury pacienta, 1 uvedl jako důvod netrpělivost a aroganci pacienta, 1 únavu a neochotu pacienta ke spolupráci, 1 uvedl, že nezvládl komunikaci, protože pacient byl rozrušený a byly vypjaté emoce a poslední z nich uvedl jako důvod neznalost zásad komunikace s dětmi.

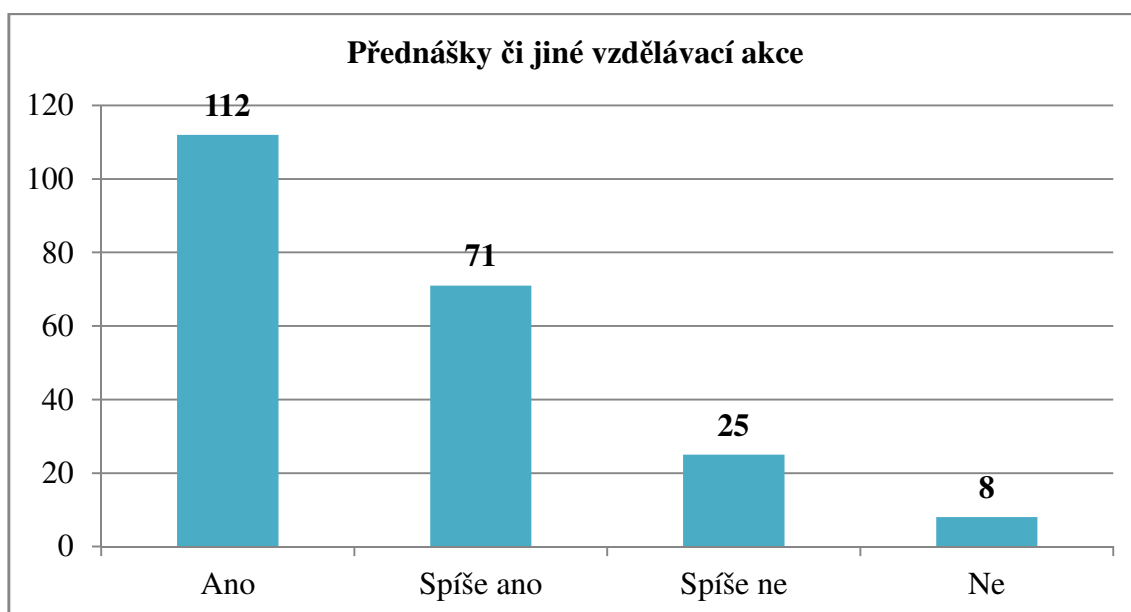
Graf č. 28 - Informace o komunikaci se specifickými skupinami pacientů



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala, kde sestry získávají informace o specifických skupinách pacientů. Z celkového počtu 216 (100 %) respondentů, celkem 141 (65,3 %) získávají informace při osobním kontaktu s těmito skupinami, dalších 128 (59,3 %) pacientů získává informace z odborných internetových zdrojů. Dále 86 (39,8 %) respondentů získává informace ve škole a 71 (32,9 %) z odborné knižní literatury. 13 (6,0 %) respondentů odpovědělo, že se o toto téma nezajímá. A 4 (1,85 %) respondenti zvolili odpověď jiné. Z toho 2 (0,9 %) respondenti uvedli školení a 2 (0,9 %) semináře.

Graf č. 29 - Přednášky a jiné vzdělávací akce



(Zdroj: vlastní výzkum)

Tato otázka zjišťovala, zdali by pro sestry byly přínosné přednášky či jiné vzdělávací akce. Z celkového počtu dotazovaných 216 (100 %), celkem 112 (51,9 %) respondentů odpovědělo ano, dalších 71 (32,9 %) odpovědělo spíše ano, 25 (11,6 %) respondentů zvolilo odpověď spíše ne a 8 (3,7 %) respondentů odpovědělo ne.

4.2.2 Statistické vyhodnocení hypotéz

V této části práce se věnujeme vyhodnocení předem stanovených hypotéz.

H1: Znalost zásad komunikace se liší dosaženým vzděláním sestry.

H0: Znalost zásad komunikace se neliší dosaženým vzděláním sestry.

H2: Znalost zásad komunikace se liší délkou praxe.

H0: Znalost zásad komunikace se neliší délkou praxe.

4.2.2.1 Hypotéza 1

Výsledky testu první hypotézy jsou uvedeny v tabulce č. 9. Kontingenční tabulky zobrazují vztah jednotlivých otázek, které byly použity pro testování hypotézy 1, a otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání).

Tabulka č. 2 - Ovládání schopnosti komunikace v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	Ovládání schopnosti komunikace					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Středoškolské	37	14	51	72,5	27,5	100
Vyšší odborné	31	11	42	73,8	26,2	100
VŠ bakalářské	57	8	65	87,7	12,3	100
VŠ magisterské	53	5	58	91,4	8,6	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 2) zobrazuje vztah otázky č. 8 (ovládání schopnosti komunikace) a otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání). Tabulka tedy zobrazuje, zda sestry dobře ovládají schopnost komunikace či nikoliv dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 3 - Znalost komunikace se specifickými skupinami pacientů v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	Znalost komunikace se specifickými skupinami pacientů					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Středoškolské	28	23	51	54,9	45,1	100
Vyšší odborné	30	12	42	71,4	28,6	100
VŠ bakalářské	58	7	65	89,2	10,8	100
VŠ magisterské	51	7	58	87,9	12,1	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 3) zobrazuje vztah otázky č. 14 (znalosti komunikace se specifickými skupinami pacientů) a otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání). Tabulka tedy zobrazuje, zda sestry mají znalosti komunikace se specifickými skupinami pacientů dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 4 – Zájem o spirituální potřeby pacienta v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	Zájem o spirituální potřeby pacienta					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Středoškolské	17	34	51	33,3	66,7	100
Vyšší odborné	22	20	42	52,4	47,6	100
VŠ bakalářské	36	29	65	55,4	44,6	100
VŠ magisterské	33	25	58	56,9	43,1	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 4) zobrazuje vztah otázky č. 16 (zájem o spirituální potřeby pacienta) a otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání). Tabulka tedy zobrazuje, zda sestry mají zájem sester o spirituální potřeby pacienta dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 5 - Kulturní a náboženské znalosti v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	Kulturní a náboženské znalosti					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Středoškolské	15	36	51	29,4	70,6	100
Vyšší odborné	20	22	42	47,6	52,4	100
VŠ bakalářské	53	12	65	81,5	18,5	100
VŠ magisterské	48	10	58	82,8	17,2	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 5) zobrazuje vztah otázky č. 18 (kulturní a náboženské znalosti) a otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání). Tabulka tedy zobrazuje, zda mají sestry znalosti v oblasti jiných kultur a náboženství dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 6 - Trpělivost při komunikaci se seniory v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	Trpělivost při komunikaci se seniory					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Středoškolské	19	32	51	37,3	62,7	100
Vyšší odborné	38	4	42	90,5	9,5	100
VŠ bakalářské	62	3	65	95,4	4,6	100
VŠ magisterské	56	2	58	96,5	3,5	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 6) zobrazuje vztah otázky č. 20 (trpělivost při komunikaci se seniory) a otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání). Tabulka tedy zobrazuje, zda jsou sestry trpělivé při komunikaci se seniory dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 7 - Komunikace s agresivním pacientem v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	Komunikace s agresivním pacientem					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Středoškolské	4	47	51	7,8	92,2	100
Vyšší odborné	27	15	42	64,2	35,7	100
VŠ bakalářské	58	7	65	89,2	10,8	100
VŠ magisterské	53	5	58	91,4	8,6	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 7) zobrazuje vztah otázky č. 22 (komunikace s agresivním pacientem) a otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání). Tabulka tedy zobrazuje, zda sestry mají znalost komunikace s agresivním pacientem dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 8 - Informace o smyslové znevýhodnění pacienta při přijetí v závislosti na nejvyšším dosaženém vzdělání respondentů

Nejvyšší dosažené vzdělání respondentů	Informace o smyslovém znevýhodnění pacienta při přijetí					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Středoškolské	24	27	51	47,1	52,9	100
Vyšší odborné	36	6	42	85,7	14,3	100
VŠ bakalářské	61	4	65	93,8	6,2	100
VŠ magisterské	55	3	58	94,8	5,2	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 8) zobrazuje vztah otázky č. 23 (informace o smyslovém znevýhodnění pacienta při přijetí) a otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání). Tabulka tedy zobrazuje, zda sestry při přijetí pacienta zjišťují informace o smyslovém znevýhodnění pacienta dle jejich nejvyššího dosaženého vzdělání. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 9 – Statistický výstup

Nejvyšší dosažené vzdělání	Celková znalost zásad komunikace – body celkem
Středoškolské	831
Vyšší odborné	861
VŠ bakalářské	1426
VŠ magisterské	1310
Výsledky testu	
Spermanův korelační koeficient	0,429
Dosažená hladina významnosti	0,001
Hladina významnosti α	0,05

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 9 zobrazuje celkový součet bodů pro jednotlivé skupiny rozdělené dle vzdělání, dále zobrazuje výsledky testu. První hypotéza byla vyhodnocena na základě otázky č. 3 (nejvyšší dosažené vzdělání respondentů) a otázek č. 9 (ovládání schopnosti komunikace respondentů), č. 14 (znalosti komunikace se specifickými skupinami pacientů), č. 16 (zájem o spirituální potřeby pacienta) č. 18 (znalosti o jiných kulturách a náboženstvích), č. 20 (trpělivost při komunikaci se seniory), č. 22 (jednání s agresivními pacienty) a č. 23 (informace o smyslové znevýhodnění pacienta

při přijetí). Odpovědi respondentů na otázky č. 9, 14, 16, 18, 20, 22 a 23 byly sjednoceny, sečtením bodů za odpovědi jednotlivých skupin vzdělání. Na hladině významnosti $\alpha=5\%$ jsme chtěli zjistit, zda má nejvyšší dosažené vzdělání respondentů statistický významný vliv na jejich znalost zásad komunikace. Vztah mezi dosaženým vzděláním sestry a celkovou znalostí zásad komunikace byl zhodnocen pomocí neparametrické korelace - Spearmanův korelační koeficient v programu IBM SPSS Statistics 28. Korelační koeficient je 0,429. Dosažená hladina významnosti je 0,001 (0,1%), což je menší než hladina významnosti $\alpha 0,05$ (5%). Znalost zásad komunikace se liší dosaženým vzděláním sester - čím vyšší vzdělání, tím vyšší znalost.

4.2.2.2 Hypotéza 2

Výsledky testu druhé hypotézy jsou uvedeny v tabulce č. 17. Kontingenční tabulky zobrazují vztah jednotlivých otázek, které byly použity pro testování hypotézy 2, a otázky č. 4 (délka praxe sester).

Tabulka č. 10 - Ovládání schopnosti komunikace v závislosti na délce praxe

Délka praxe respondentů	Ovládání schopnosti komunikace					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Méně než 10 let	53	12	65	81,5	18,5	100
11 – 20 let	50	9	59	84,8	15,2	100
21 – 30 let	52	13	65	80,0	20,0	100
31 let a více	14	13	27	51,9	48,1	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 10) zobrazuje vztah otázky č. 8 (ovládání schopnosti komunikace) a otázky č. 4 (délka praxe). Tabulka tedy zobrazuje, zda sestry dobře ovládají schopnost komunikace či nikoliv, dle délky jejich praxe. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 11 – Znalost komunikace se specifickými skupinami pacientů v závislosti na délce praxe

Délka praxe respondentů	Znalost komunikace se specifickými skupinami pacientů					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Méně než 10 let	45	20	65	69,2	30,8	100
11 – 20 let	35	24	59	59,3	40,7	100
21 – 30 let	51	14	65	78,5	21,5	100
31 let a více	17	10	27	63,0	37,0	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 11) zobrazuje vztah otázky č. 14 (znalost komunikace se specifickými skupinami pacientů) a otázky č. 4 (délka praxe). Tabulka tedy zobrazuje, zda sestry mají dostatečnou znalost zásad komunikace se specifickými skupinami pacientů dle délky jejich praxe. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 12 – Zájem o spirituální potřeby pacienta v závislosti na délce praxe

Délka praxe respondentů	Zájem o spirituální potřeby					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Méně než 10 let	22	43	65	33,9	66,1	100
11 – 20 let	33	26	59	55,9	44,1	100
21 – 30 let	35	30	65	53,8	46,2	100
31 let a více	18	9	27	66,8	33,2	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 12) zobrazuje vztah otázky č. 16 (zájem o spirituální potřeby) a otázky č. 4 (délka praxe). Tabulka tedy zobrazuje, zda se sestry zajímají o spirituální potřeby pacienta dle délky jejich praxe. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 13 – Kulturní a náboženské znalosti náboženstvím v závislosti na délce praxe

Délka praxe respondentů	Kulturní a náboženské znalosti					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Méně než 10 let	42	23	65	64,6	35,4	100
11 – 20 let	42	17	59	71,1	28,9	100
21 – 30 let	33	32	65	50,8	49,2	100
31 let a více	19	8	27	70,4	29,6	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 13) zobrazuje vztah otázky č. 18 (kulturní a náboženské znalosti) a otázky č. 4 (délka praxe). Tabulka tedy zobrazuje, zda sestry mají dostatečné znalosti o jiných kulturách a náboženstvích dle délky jejich praxe. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 14 – Trpělivost při komunikaci se seniory v závislosti na délce praxe

Délka praxe respondentů	Trpělivost při komunikaci se seniory					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Méně než 10 let	45	20	65	69,2	30,8	100
11 – 20 let	50	9	59	84,7	15,3	100
21 – 30 let	59	6	65	90,8	9,2	100
31 let a více	21	6	27	77,8	22,2	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 14) zobrazuje vztah otázky č. 20 (trpělivost při komunikaci se seniory) a otázky č. 4 (délka praxe). Tabulka tedy zobrazuje, zdali jsou sestry dostatečně trpělivé při komunikaci se seniory či nikoliv dle délky jejich praxe. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 15 – Komunikace s agresivním pacientem v závislosti na délce praxe

Délka praxe respondentů	Komunikace s agresivním pacientem					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Méně než 10 let	38	27	65	58,5	41,5	100
11 – 20 let	40	19	59	67,8	32,2	100
21 – 30 let	45	20	65	69,2	30,8	100
31 let a více	19	8	27	70,4	29,6	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 15) zobrazuje vztah otázky č. 22 (komunikace s agresivním pacientem) a otázky č. 4 (délka praxe). Tabulka tedy zobrazuje, zda sestry mají dostatečné znalosti zásad komunikace s agresivním pacientem dle délky jejich praxe. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 16 – Informace o smyslové znevýhodnění pacienta při přijetí v závislosti na délce praxe

Délka praxe respondentů	Informace o smyslové znevýhodnění pacienta					
	Absolutní četnosti			Relativní četnosti (%)		
	ANO	NE	Celkem	ANO	NE	Celkem
Méně než 10 let	47	18	65	72,3	27,7	100
11 – 20 let	53	6	59	89,8	10,2	100
21 – 30 let	58	7	65	89,2	10,8	100
31 let a více	18	9	27	66,7	33,3	100

(Zdroj: vlastní výzkum)

Kontingenční tabulka (tab. 16) zobrazuje vztah otázky č. 23 (informace o smyslovém znevýhodnění pacienta) a otázky č. 4 (délka praxe). Tabulka tedy zobrazuje, zdali sestry při přijetí pacienta zjišťují informace o smyslovém znevýhodnění pacienta, dle délky jejich praxe. Výsledky jsou uvedeny v absolutní a relativní četnosti. Tabulka poskytuje pouze ucelený přehled dat, pro statistické zpracování byla použita jiná metoda.

Tabulka č. 17 – Statistický výstup

Délka praxe	Celková znalost zásad komunikace – body celkem
Méně než 10 let	1265
11 – 20 let	1253
21 – 30 let	1396
31 let a více	535
Výsledky testu	
Spermanův korelační koeficient	0,088
Dosažená hladina významnosti	0,196
Hladina významnosti α	0,05

(Zdroj: vlastní výzkum)

Tabulka č. 17 zobrazuje celkový součet bodů pro jednotlivé skupiny rozdělené dle délky praxe, dále zobrazuje výsledky testu. Druhá hypotéza byla vyhodnocena na základě otázky č. 4 (délka praxe respondentů) a otázek č. 9 (ovládání schopnosti komunikace respondentů), č. 14 (znalosti komunikace se specifickými skupinami pacientů), č. 16 (zájem o spirituální potřeby pacienta) č. 18 (znalosti o jiných kulturách a náboženstvích), č. 20 (trpělivost při komunikaci se seniory), č. 22 (jednání s agresivními pacienty) a č. 23 (informace o smyslové znevýhodnění pacienta při přijetí). Odpovědi respondentů na otázky č. 9, 14, 16, 18, 20, 22 a 23 byly sjednoceny, sečtením bodů za odpovědi jednotlivých skupin vzdělání. Na hladině významnosti $\alpha=5\%$ jsme chtěli zjistit, zda má délka praxe respondentů statistický významný vliv na jejich znalost zásad komunikace. Vztah mezi délkou praxe a celkovou znalostí zásad komunikace byl zhodnocen pomocí neparametrické korelace - Spermanův korelační koeficient v programu IBM SPSS Statistics 28. Korelační koeficient je kladný a tedy znalost zásad komunikace se s délkou praxe zvyšuje. Ovšem dosažená hladina významnosti je 0,196 (19,6%), což je více než hladina významnosti $\alpha 0,05$ (5%), proto není tento vztah statisticky významný.

5 Diskuze

„Pro člověka je komunikace jednou z nejdůležitějších potřeb života.“ (Hanáková, 2016 s. 38). Diplomová práce se zabývala komunikací mezi sestrou a pacientem na urgentním příjmu. Pro sestry pracující na urgentním příjmu může být komunikace velice pestrá. Mohou se zde setkat se všemi různými skupinami pacientů například s odlišnou kulturou či s různými věkovými kategoriemi pacientů a spoustou dalších. Stejně tak může být práce na urgentním příjmu z hlediska komunikace velice náročná z důvodů různých bariér, jako je například stres, časová náročnost, jazyková bariéra, psychická i fyzická náročnost a další. Proto je důležité, aby byly sestry v této problematice celoživotně vzdělávány. (Brooks, 2018) Spokojenost pacienta s kvalitou poskytované péče by měla být cílem každé sestry. Proto je namístě sledovat a zjišťovat nedostatky spojené s nespokojeností z pohledu pacientů i sester a tyto nedostatky řešit.

Cílem práce bylo zmapovat zvláštnosti komunikace sestry a pacienta na oddělení urgentního příjmu. Pro realizaci výzkumného šetření byla zvolena kvalitativní i kvantitativní metoda. Z cíle vyplynuly dvě výzkumné otázky. První výzkumná otázka zní: Jaké jsou zkušenosti pacientů s komunikací ze strany sestry na oddělení urgentního příjmu? Navazuje druhá výzkumná otázka: Jaké problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem se vyskytují na urgentním příjmu? Dále byly stanoveny dvě hypotézy. První hypotéza zní: Znalost zásad komunikace se liší dosaženým vzděláním sestry. A druhá hypotéza zní: Znalost zásad komunikace se liší délkou praxe sestry.

První část diskuze se věnuje kvalitativní část výzkumu, tedy rozhovorům s pacienty. Výzkumné otázky se zabývaly zkušenostmi pacientů s komunikací ze strany sester na oddělení urgentního příjmu a problémy, které se mezi sestrou a pacientem na urgentním příjmu mohou vyskytovat. Tato část diskuze tedy shrnuje jak pozitivní tak i negativní zkušenosti či pocity pacienta a problémy, které z výsledků šetření vyplynuly.

Naši informanti hodnotí svoji zkušenost z oddělení urgentního příjmu především na základě chování, přístupu a komunikace sestry. Většina našich informantů oceňovali především milý, ochotný, vstřícný a profesionální přístup sestry. Dobře vnímali i to, když se sestra pouze usmívala. Úsměv může sloužit k překonání bariér, je to jeden z nejvíce účinných nástrojů komunikace, vyjadřuje přátelství. (Zacharová, 2016) Také vnímali jako pozitivní, že o ně sestrajevila zájem a naslouchala jim. „... *zajímaly se*

*o to, co jsem jim říkala, doptávaly se mě na informace, poradily, když jsem potřebovala, všechno mi vysvětlovaly, tak to bylo příjemný.“ (P11) „... milá sestra, bylo vidět, že semnou chce mluvit ... jako že se o mě zajímala“ (P4) Dle Vévody (2013) je v komunikaci mezi pacientem a sestrou nezbytnou dovedností aktivní naslouchání. (Vévoda, 2013) Naslouchání neznamena pouze, že slyšíme, ale také že jsme sdělení porozuměli. (Zacharová, 2016) Aktivní naslouchání znamená, že sestra doopravdy vnímá informace předávané od pacienta a zároveň uplatňuje zpětnou vazbu (Vévoda, 2013). Při dotazu, zda sestry využívají zpětnou vazbu, se odpovědi informantů liší. Polovina z nich se nikdy nesetkala s tím, že by si sestry ověřovaly, zda pacienti sdělení porozuměli. „Neověřovali si vůbec nic, neptaly se, jestli jsem tomu porozuměl nebo tak.“ (P2) „Ne, neověřili si nic. Oni tam semnou celkově moc nemluvili.“(P4) Další polovina pacientů má opačnou zkušenost, což potvrzují uvedené odpovědi. *Určitě, ptali se, co budu potom dělat a jak budu reagovat a tak.“ (P8) „Ano, všechno mi dostatečně vysvětlili a zeptali se dvakrát, jestli tomu rozumím.“ (P11) Informanti dobře hodnotili i adekvátně poskytnuté a dostatečně obsáhlé informace. Ocenila jsem jako přístup těch sester, že byly v klidu a ve všem mi vyhovely, všechno mi řekly, vnímaly mě jako člověka, že mám svoje potřeby.“ (P3). „Bylo to naprosto profesionální a milý.“ (P1) „... naprosto profesionálně, poslouchala mě, doptávala se, byla milá, hodná, usmívala se...“ (P11)**

Při dotazu zda se sestry při přijetí pacienta představily, z dvanácti informantů osm uvedlo, že se jim sestra nepředstavila, jedna informatika vnímala jako představení se pouze v rámci profese označením „sestra“ a dva další informanti uvedli, že se jim sestra představila i jménem. Pospíšilová (2017) se ve své diplomové práci také dotazovala pacientů na představení se. Žádný z jejích informantů neuvedl, že by se sestra představila. Ve výsledcích jejího výzkumu jeden informant uvedl, že pokud by se sestra představila, působilo by to příjemně a profesionálně. (Pospíšilová, 2017) Naopak v našem výzkumu jedna informatika uvedla, že není důležité, aby se sestry představovali. *„To určitě ne, ale mě to nevadí, hlavně, že dělají dobře svoji práci, jako nepřijde mi to důležité, aby se mi představovali.“ (P11) Podobně odpovídala i někteří informanti z práce Pospíšilové (2017), kdy uvedla, že většina informantů nepotřebuje znát jméno sestry, dokud se nevyskytne nějaký problém, který vyžaduje řešení. (Pospíšilová, 2017)*

Při otázkách na negativní zkušenosti s komunikací ze strany sestry, informanti nejčastěji zmiňovali nepřijemné a nevhodné a někdy dokonce až devalvační chování sestry, projevující se například ignorací či křikem sestry. Tyto skutečnosti potvrzují uvedené odpovědi. „...byla až jako zlá, ale hlavně na tu paní, co tam byla přede mnou ... to jsem slyšela z toho boxu, že na ní i řvala“ (P5). „... nebo největší problém je, že ony se třeba na mě ani nepodívaly, jako kdyby ani nebraly nebo jak to říct, neregistrovaly, že tam jsem.“ (P3) „...tak si mě dlouho nevšíмали, dělali, že tam nejsem.“ (P9) To, že ignoraci či nevyslechnutí pacientových potíží, pacienti vnímají velice negativně a významně to narušuje důvěru pacienta, potvrzuje i studie Forsgårde et al. (2016). Z uvedených tvrzení můžeme usuzovat, že sestry postrádají schopnost empatie. Z následujících odpovědí informantů P4 a P6 lze také usuzovat, že ze strany sestry postrádali empatii. „... a jinak bych někdy i ocenil milejší přístup, víc porozumění.“ (P4) „A u té sestry co na mě byla protivná, tak bych očekával více pochopení a ochoty asi, protože já jsem taky nebyl nadšený, když jsem tam dvě hodiny čekal na ošetření a pak vlezu do ambulance a tam jsou na mě pak nepřijemný a protivný.“ (P6) „Empatie – znamená schopnost vcítění se do toho, co pacient zrovna prožívá“ (Zacharová 2016, s. 31). Obvykle je empatie vnímána jako prosociální a má morálně pozitivní vliv na chování (Breithaupt, 2018). U poslední uvedené odpovědi (P6) můžeme ještě vidět, že negativní zkušenosti pacienta přispěla i dlouhá čekací doba. Dva naši informanti P4 a P6 se také shodují, že v některých případech byla komunikace ze strany sestry nedostatečně obsáhlá. „Asi možná jako víc té komunikace, jako od těch sester, jako o tom plánu, jako co se tam bude dít.“ (P6)

Výše uvedená tvrzení jsou si podobná s výsledky studie z roku 2018 autorů Sonis et al. Dle této studie se na dobré zkušenosti pacienta, podílí především vhodná a adekvátní komunikace, kam autoři řadí přístup sestry, empatii a soucit. Ve zmiňované studii je dále uvedeno, že je důležité zaměřit se na dlouhé čekací doby a velké množství pacientů v čekárně. Ve studii bylo také uvedeno, že pokud sestry k pacientům přistupují dobře, poté pacienti vnímají v menší míře negativní faktory jako je například již zmíněné dlouhé čekací doby či přeplněné čekárny na oddělení urgentního příjmu a odcházejí s pozitivní zkušeností (Sonis et. al., 2018). Stejně tak většina našich informantů, kteří uvedli jako problém nedostatek času, také uvedli, že sestry spíše čas mít nechtěly. „...jindy si ten čas udělat mohly si myslím, ale asi ani nechtěli, nebo tak to na mě působilo.“ (P3) Můžeme tedy říct, že pacienti spíše vnímali negativně špatný přístup

sester než jejich časovou vytíženost. A stejně tak i opačně, pacienti, kteří měli pozitivní zkušenost s přístupem a komunikací ze strany sestry, nedostatek času jako negativní zkušenost tolik nevnímali. Naopak spíše ocenili, že se sestry i přes svoji vytíženost stále chovaly profesionálně. O tom vypovídá například odpověď P1 a P3 „*I když bylo vidět, že neví kam dřív, tak se mi plně věnovala, všechno mi vysvětlila a byla moc milá... nijak mě tou komunikací nepohoršila, naopak jsem cítila, že o mě má zájem, i když na mě měla málo času.*“ (P1) „*Na tom emergency, jak mě dovezli záchrankou tak jo, nebo teda běhali tam mezi námi jako pacienti, protože tam bylo taky hodně lidí, ale i tak se mi věnovali, dostatečně řekla bych.*“ (P3) Například i odpovědi P2 k tomuto tvrzení vedou. Celkově z jeho odpovědí je jasné, že má pouze negativní zkušenosti a to především s přístupem a chování sester a faktory jako dlouhé čekací doby a přeplněnost čekárny jeho negativní zkušenosti jen podpořila. Například v jedné odpovědi uvádí, že sestry si čas udělat mohly, ale spíše nechtěly. „*Nevím, jestli problémem bylo, že neměli čas, ale spíš bych řekl, že ani semnou mluvit nechtěli, chtěli, abych co nejrychleji zase vypadl a nezajímalo je, co já potřebuju nebo tak.*“ (P2) A v jiné odpovědi poukazuje na to, že v čekárně byl vysoký počet pacientů a sestry tedy časově vytížené byly. „*No tam bylo tolik lidí, že oni vlastně chvátali, aby se toho zbavili, toho návalu... to je můj dojem.*“ (P2) P2 byl ošetřena na urgentním příjmu pouze jednou, proto usuzuji, že obě odpovědi hovoří o stejné situaci. Proto z toho vyvozují, že pacient odešel s negativní zkušeností, především z důvodu špatného chování sester. Možná kdyby sestry zvolily milejší a profesionálnější přístup a efektivní komunikaci, pacient by odešel s pozitivní zkušeností, i přesto, že sestry byly časově vytížené a čekárna přeplněná. Ovšem to je pouze domněnka. Ve výzkumu autorů Eriksson-Liebon a Roos (2021) je uvedeno, že pokud není pacientům věnována dostatečná pozornost, vzbuzuje to pocity znepokojení a frustrace. Nepříjemné až agresivních chování pacienta je potom pouze reakcí na negativní prostředí urgentního příjmu. (Eriksson-Liebon a Roos, 2021) I toto vyplývá z odpovědí od našich informantů. Pacienti odchází z urgentního příjmu s negativní zkušeností a jsou naštvaní, protože v situaci, kdy mají strach o své zdraví či zdraví své blízké osoby, není uspokojena jejich potřeba bezpečí. Přitom by možná stačilo podat více informací a zvolit empatičtější přístup. A toto opět vyplývá z výzkumu autorů Eriksson-Liebon a Roos (2021), kteří ve svých výsledcích uvádějí, že by pacienti ocenili, kdyby byli alespoň přibližně informováni o délce čekací doby. Dle výsledků pacienti také očekávali více průběžných informací během čekací doby, což opět zvyšuje jejich důvěru a pocit bezpečí (Eriksson-Liebon a Roos, 2021).

Autoři studie Rowe a Konx z roku 2022 zkoumali vliv prostředí urgentního příjmu na zkušenost pacientů. Zajímali se o fyzické prostředí, kde se zaměřili krom vysokého počtu pacientů a dlouhé čekací doby v čekárně i na vzhled interiéru a vybavenost čekárny. Ze studie vyplynulo, že dlouhé čekací doby a přeplněnost negativně ovlivňují zkušenost pacienta, ale právě zvýšení komfortu pro pacienty v čekárně by mohl tuto negativní zkušenost zmírnit (Rowe a Konx, 2022). Žádný z našich informantů nepřikládal komfortu, tedy vzhledu či vybavenosti čekárny žádný význam. Podobně ve výzkumu z roku 2020 autoři Viotti et al., uvádějí, že pokud pacienti dlouze čekají na ošetření, čistě zvýšení komfortu v čekárně nijak významně neovlivní zkušenost pacienta. Ovšem pokud je přístup personálu lidský a profesionální, poté se významně zvyšuje spokojenost pacienta i přes dlouhé čekací doby. V tomto případě má pozitivní vliv i komfort (Viotti et al., 2022). Toto tvrzení tedy podporuje již výše zmíněné skutečnosti a můžeme tedy opět říci, že pro pozitivní zkušenost pacienta je nejdůležitější přístup a komunikace ze strany sester. To že správná komunikace je základem pro spokojenost pacientů potvrzují i výzkumy Hertman R. et al. (2019) a Kourkouta L, Papathanasiou I. (2014), kde je taktéž uvedeno, že efektivní komunikace a holistický přístup jsou základem pro vytvoření kladného a důvěrného vztahu mezi sestrou a pacientem a tedy i pro pozitivní zkušenost pacienta. (Hertman et al., 2019; Kourkouta L, Papathanasiou I., 2014)

Dále dle Rowe a Knoxe (2022) je pro pozitivní zkušenost pacienta rozhodující kromě již zmíněného fyzického prostředí (dlouhé čekací doby, vysoký počet pacientů v čekárně a komfort pro pacienty) a komunikace, navíc i zachování intimity, tedy soukromí a bezpečí (Rowe a Knox, 2022). Důležitost zachování intimity uvádí i dva naši informanti P1 a P6 a to ve smyslu, že probírané informace ohledně osobních a zdravotních informací pacienta byly rozebírány v soukromí. „*Ocenila jsem, že se fakt snažili, ke každému přistupovat individuálně... a že to neprobíhalo před celou čekárnou.*“ (P1) Autoři průzkumné studie Lin a Lin z roku 2011, taktéž uvedli významný vztah mezi zajištěným soukromím a spokojeností pacienta. Identifikovali šest následujících prediktorů: osobní informace, které zaslechli ostatní, odposlouchávání osobních informací ostatních, neúmyslně zaslechnuté nevhodné konverzace o zdravotním stavu, být viděn irelevantními osobami, prostor poskytnutý pro soukromí při fyzickém vyšetření a respekt poskytovatelů k soukromí pacientů (Lin a Lin, 2011). Hartingan et al. (2018) provedli dva výzkumy, kdy se dotazovali žen ošetřených

na gynekologickém urgentním příjmu. První výzkum byl proveden, když na urgentním příjmu byly pouze závěsy a druhý po rekonstrukci, kdy byly závěsy nahrazeny stěnami. Zjistili, že u žen došlo k významnému zlepšení ve vnímání jejich celkového soukromí a důvěrnosti (Hartingan et al., 2018). I jiné výzkumy či studie z obecných urgentních příjmů, dokazují, že narušení soukromí a důvěry je na urgentních příjmech rutinní záležitostí. I v těchto publikacích je uváděné, že pro potřebu soukromí a bezpečí jsou vhodnější stěny (kóje) než pouhé závěsy (Scott et al., 2007; Moskop et al., 2005). Již výše uvedená odpověď jedné naší informantky, která byla uvedena v rámci devalvačního chování sestry, zobrazuje i narušené soukromí, vzhledem k tomu, že slyšela informace o druhé pacientce. „...byla až jako zlá, ale hlavně na tu paní, co tam byla přede mnou ... to jsem slyšela z toho boxu, že na ní i řvala“ (P5). Také informatika P9 uvádí porušení jejího soukromí, kdy informace slyšeli ostatní pacienti v čekárně. *A byla tam i taková starší, která mi nerozuměla, přes to plexislo... tak jsem přes to plexislo musela trochu zvyšovat hlas, aby mě slyšela, no to je pak docela nepříjemný, protože všichni ostatní v té čekárně to pak slyší.*“ (P9) Podobné výsledky má i P (2017) ve své diplomové práci, kdy uvádí, že vzhledem k uspořádání recepce urgentního příjmu nelze sdělit informace v soukromí. V jejích výsledcích, taktéž můžeme najít problém se soukromím na crash roomu či expektačních lůžkách, kde jsou jednotlivá lůžka odděleny pouze závěsy (Pospíšilová, 2017). Aby se mohlo předejít těmto situacím, kdy je narušena intimita pacienta, bylo by vhodné na to myslet již při návrhu na stavbu oddělení urgentního příjmu. Toto vyplývá i z výzkumů, kdy autoři poznamenali, že fyzické prvky musí být důkladně zváženy během počáteční fáze návrhu, protože je nepraktické je upravovat, jakmile je oddělení urgentního příjmu již postaveno (Pati et al., 2014; Pati et al., 2016).

V již výše uvedené odpovědi, informantka P1 ještě ocenila individuální přístup sestry. *„Ocenila jsem, že se fakt snažili, ke každému přistupovat individuálně...“* (P1) Sice vyloženě individuální přístup uvedla pouze jedna naše informantka, ale i z ostatních odpovědí, kdy pacienti chtěli být více informováni, toužili po větším zájmu sester a většímu porozumění a empatii či se cítili být přehlíženi až ignorováni, usuzují, že i oni by přivítali, kdyby je personál vnímal jako jednotlivce se svými potřebami, kteří chtějí být více zapojováni do vlastní péče. Pro úspěšnou komunikaci mezi sestrou a pacientem je právě individuální přístup jeden z důležitých předpokladů. To, co jeden pacient považuje za nepřijatelné, druhý pacient může považovat za samozřejmé

a naopak. Každý pacient se od ostatních odlišuje například pohlavím, věkem, duševním či fyzickým zdravotním stavem, kulturními zvyky, sociální situací apod., každý pacient je tedy jedinečná osobnost a tak i komunikace s každým pacientem je jedinečná (Trešlová, 2014; Pokorná 2010; Zacharová 2010). O individuálním přístupu k pacientům pojednávají i Eriksson-Liebon a Roos (2021) ve své výzkumu. Z jejich výsledků také vyplývá, že si pacienti přejí, aby se k nim přistupovalo jako k jednotlivcům. Individuální přístup poté může zvýšit důvěru mezi sestrou a pacientem. Podobné výsledky o individuálním přístupu k pacientovi mají i autoři Tobiano et al. (2015) ve své studii. Autoři se také shodují, že pacienti více touží po participálním vztahu v oblasti poskytování zdravotní péče a pokud se k pacientovi přistupuje jako k individuální bytosti poté má více příležitostí zapojit se do vlastní péče. (Eriksson-Liebon a Roos, 2021; Tobiano et al., 2015). Ringdal et al., (2017) také uznali, že pacienti se nespokojili s pasivní rolí ve vlastní péči, ale chtěli být součástí diskusí a rozhodování (Ringadal et al., 2017). Pro poskytování kvalitní a humanistické péče pro pacienty na urgentním příjmu, Viotti et al. (2020) doporučili přepracovat pracovní postupy pro personál urgentního příjmu, vyvinout školicí zdroje pro rozvoj empatických komunikačních dovedností a aktivně zapojit pacienty do rozhodování o péči (Viotti et al., 2020).

Výsledky našeho výzkumu, které se shodují či jsou si podobny s výsledky ostatních uvedených publikací, ukazují, že zkušenosti pacientů z oddělení urgentního příjmu, závisí na více faktorech. Jako nejdůležitější se pro pacienty ovšem jeví komunikace. „*Communicare est multum dare, tj. komunikovat znamená hodně dávat*“ (Zacharová, 2016, s. 8). Pacienti očekávají, že se s nimi bude jednat s úctou a respektem s přihlédnutím k jejich individuálním potřebám a zachování jejich intimity. Ze strany sester očekávají vhodnou, adekvátní a efektivní komunikaci s dávkou empatie, dostatečnou pozornost a projev zájmu a dostatek průběžných informací o plánu ošetření. Ze strany sestry tedy očekávají evalvační chování. Dle Zacharové (2016) je evalvace pozitivní zvedá sebehodnocení nemocného, kdy sestra poskytuje pochopení a vyjadřuje úctu. Projevení respektu, taktu a uznání je klíčem k vybudování kladného vztahu mezi sestrou a pacientem. Zdravotničtí pracovníci by neměli podceňovat důležitost evalvace ve svém povolání. Evalvace se může projevit mnoha způsoby. Patří sem vřelé přivítání a pozdravení, pochvala a povzbuzení pacienta, aktivní zájem o pacientovi potřeby, aktivní naslouchání a projev empatie, rovnocenný vztah mezi sestrou a pacientem

a v neposlední řadě i vhodně zvolený humor. Můžeme říci, že základním předpokladem pro úspěšnou evaluaci pacienta je správně vedená komunikace (Zacharová 2016; Pokorná 2010). Což je i odpověď na naši první výzkumnou otázku. Zkušenosti pacientů s komunikací ze strany sestry na urgentním příjmu se liší, některé jsou pozitivní jiné negativní, ale ve všech případech odráží to, jak k nim bylo z hlediska komunikace přistupováno. Při hodnocení mohou zkušenost ovlivnit i přeplněné čekárny či dlouhé čekací doby, ovšem i v těchto případech platí, že pokud je s pacienty zacházeno, tak jak očekávají na jejich pozitivní zkušenost, to nemá významný dopad. Za povšimnutí stojí, že z hlediska komunikace a to ve všech směrech, má většina našich informantů lepší zkušenosti z expektačních lůžek či crash roomu než z ambulantního traktu.

S první výzkumnou otázkou úzce souvisí i druhá výzkumná otázka. Problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem, které byly v našem výzkumu identifikovány, patří nevhodná, neadekvátní a nedostatečná komunikace ze strany sestry až devalvační chování. Devalvace znamená snižování hodnoty druhého člověka a má negativní dopad na lidskou psychiku. Ten, který devalvaci způsobí, na své jednání často brzy zapomene, hlavně v případě, kdy to udělá nevědomky. Ale člověk, který je devalvován na tuto situaci může vzpomínat i několik let a může mu působit psychické trápení. Devalvací můžeme snadno snížit pacientovo sebevědomí, a proto je důležité, aby se tomuto chování zdravotníci zcela vyvarovali. Existuje více devalvačních forem. Příkladem může být tzv. „elderspeak“ termín, který označuje devalvací seniorů a geriatrických pacientů, který se vyznačuje infantilním chováním, kdy sestra používá zdvořiliny, oslovuje pacienta dětskými pojmenováními apod. Dále sem můžeme řadit situaci, kdy sestra zjišťuje osobní až intimní informace v přítomnosti jiných pacientů. Patří sem i ignorace či přehlížení pacienta, podceňování intelektu, přílišné používání odborných termínů, povýšený a neosobní přístup, hrubé až násilné chování, skákání do řeči, shazování pacienta před ostatními lidmi, šikana a křivé obvinění (Zacharová, 2016; Pokorná 2010; Kalvach et al., 2011; Špatenková a Králová 2009). Kromě nevhodné komunikace a nedostatku empatie pacienti uváděli jako problém nedostatek informací. Další problém byl, že sestry neměly dostatek času, ovšem toto nebylo bráno jako úplně negativní, pokud byli pacienti celkově spokojeni s komunikací ze strany sestry. Někteří pacienti nedostatek času sestry vnímají jako příčinu nevhodného chování sestry či nedostatečné komunikace. Ovšem všechny problémy, které se mezi sestrou a pacientem

vyskytují, nemohou sestry ovlivnit. Patří sem například porušení soukromí pacienta, kdy musí před celou čekárnou vysvětlit, s jakým problémem přišel, toto uvedla například P9. Ovšem toto nelze považovat za pochybení sestry, která musí provést triage, ale spíše nevhodné uspořádání čekárny urgentního příjmu.

Druhá část diskuze je věnována kvantitativní části výzkumného šetření, tedy výsledkům z dotazníků se sestrami pracujícími na urgentním příjmu. Pro sestry má práce na urgentním příjmu mnoho výhod, ale zároveň i nevýhod. Oddělení je multioborově zaměřené, mohou se zde setkat s různou medicínskou problematikou a se všemi typy či skupinami pacientů, což jim přináší mnoho zkušeností. Na druhou stranu práce na urgentním příjmu je po všech stránkách náročná a právě proto, že se setkávají se všemi typy a skupinami pacientů, někdy může být velice náročná i stran komunikace. Dle Gulášové et al. (2010) bývají nároky na sestry pracující na urgentním příjmu vysoké a pojí se s celou řadou specifických povinností. Při výběru sester na urgentní příjem by se měly zhodnotit vlastnosti a znalosti sestry a to osobní, charakterové, organizační, technické, odborné, ale i morální, fyzické a zdravotní (Gulášová et al., 2010). Dle Reecka (2021) by měly sestry na oddělení urgentního příjmu zůstat klidné a laskavé, i když je jejich práce často chaotická. Sestry by měly mít k pacientům individuální přístup a vědět jak komunikovat a spolupracovat s pacienty všech věkových kategorií a různých potřeb. Je vhodné, aby sestry nastupující na urgentní příjem, měly již zkušenosti z jiných oddělení. Sestry pracující na urgentním příjmu musejí být odolné vůči zátěži, vědět jak se vyrovnat s úmrtím pacienta a také počítat s tím, že se zde mohou setkat s agresivním pacientem (Reecka, 2021).

Snahou tohoto výzkumu bylo zjistit, zdali se liší znalost zásad komunikace sester s jejich délkou praxe či s nejvyšším dosaženým vzděláním. Na základě výsledků našeho výzkumu, můžeme říct, že znalost zásad komunikace se liší s dosaženým vzděláním, ale neliší se délkou praxe.

K první hypotéze se vztahuje celkem sedm otázek, které shrnují celkovou znalost zásad komunikace v souvislosti s dosaženým vzděláním, vztah těchto otázek můžeme vidět v tabulkách č. 2 – 8. Mezi otázkami je statisticky významný vztah, takže z výsledků vyplývá, že čím vyšší dosažené vzdělání sestra má, tím má také vyšší znalost zásad komunikace. Rovněž k druhé hypotéze se také vztahuje sedm otázek, které shrnují celkovou znalost zásad komunikace, ale v souvislosti s délkou praxe, vztah těchto

otázek můžeme vidět v tabulkách č. 10 – 16. Předpokladem bylo, že i zde bude platit čím vyšší délka praxe tím vyšší znalosti. Ovšem překvapivě z výsledků vyplývá, že vztah je statisticky nevýznamný. Autoři Chen X., et al. (2023) prováděli podobný výzkum, kde ale zkoumali schopnosti a zkušenosti sester v souvislosti s našťvanými až agresivními pacienty. Ve výsledcích výzkumu uvedli, že schopnosti sester se zvyšují s dosaženým vzděláním, což se shoduje s první hypotézou našeho výzkumu. Ovšem také uvedli, že i delší praxe, taktéž zvyšuje znalosti a schopnosti sester a to se s výsledky naší druhé hypotézy neshoduje (Chen X. et al., 2023). Co se týče vzdělávání v oblasti komunikace Ak M., et al. (2011) zkoumali, zda má školení v oblasti komunikačních dovedností nějaký vliv na zlepšení komunikace sester pracujících na oddělení urgentního příjmu a spokojenosti pacientů. Z výzkumu vyplývá, že po školení (tréninku) komunikačních dovedností se významně zvýšila komunikační dovednost sester i spokojenost pacientů (Ak M. et al., 2011). I převážná část našich respondentů si myslí, že přednášky či jiné vzdělávací akce by pro ně byli přínosem v oblasti zlepšení komunikačních dovedností (graf č. 29). Dobrá komunikace není založena pouze na fyzických schopnostech sester, ale také na vzdělání a zkušenostech. (Kourkouta L., Papathanasion I., 2014)

Zajímavé je, že jak je uvedeno v první části diskuze, pacienti si myslí, že největším problémem v komunikaci je špatná komunikace ze strany sester. Sestry naopak uvedly, jako nejčastější bariéru v komunikaci nedostatek času, další celkem často volené odpovědi byly neochota či netrpělivost ze strany pacienta. Méně často volily odpovědi, kdy by byl problém v komunikaci na jejich straně (graf č. 12).

Otázka č. 10 zjišťovala, zda mají sestry na pacienty vždy dostatek času. Opět většina sester volila zápornou odpověď (graf č. 10). Dále poměrně často volily sestry odpověď časová tíseň v otázce, která zjišťovala příčiny nezvládnutí komunikace. Autoři Fann W. et al. (2019) zkoumali ve svém výzkumu, zda sestry na urgentních příjmech mají dostatek času na jednotlivé ošetřovatelské činnosti. Z výzkumu vyplývá, že každé ošetřovatelské činnosti věnují mnohem méně času, než byla očekávaná doba. (Fann W. et al., 2019) Je tedy jasné, že sestry na urgentním příjmu jsou často zaneprázdněné a na pacienta nemají tolik času, kolik by si představovaly. Je to tedy jeden z problémů, který může bránit v efektivní komunikaci mezi sestrou a pacientem. Jak uvádí Kourkouta L. a Papathanasion I. (2014), komunikace s pacientem vyžaduje vždy

dostatek času. Každý je individuální, má své tempo a každý potřebuje odlišný čas na vyjádření svých potíží (Kourkouta L. a Papathanasion I., 2014).

Jiné výzkumy se některými v některých bariérách liší. Autoři Mahmoudi H. et al. (2013) uvádí například stres, vysoký počet pacientů, únavu sester, lhostejnost sester či nízký plat a neefektivní management (Mahmoudi H. et al., 2013). Jiné výsledky výzkumu uvádí jako nejčastější bariéry v komunikaci rozdíly v jazyce mezi sestrami a pacienty, nedostatek sebevědomí sester, negativní postoje sestry k pacientům, nedostatek chuti sester komunikovat s pacienty a nedostatek počet sester a zavalení různými úkoly (Abdulla N. et al., 2022). Jazyková bariéra se shoduje i s našimi výsledky. Naši respondenti sice neuvádějí stres, vysoký počet pacientů a únavu sester, ale vzhledem k tomu, že valná většina zvolila ve více otázkách odpověď související s nedostatkem času, můžeme předpokládat, že i tito respondenti jsou zahlceni prací, jsou unavení a vystresovaní. Dále uvedená bariéra negativní postoje sester, takové odpovědi jako například neochota komunikovat s pacientem či nedostatek trpělivosti s pacientem naši respondenti volili minimálně. Pokud srovnáme odpovědi sester a pacientů v oblasti bariér, tak sestry (kromě nedostatku času a jazykové bariéry) často volily odpovědi jako neochota a netrpělivost pacientů a naopak pacienti vnímají problémy v komunikaci ze strany sester. Podobné výsledky mají i ve výzkum autorů Park E. et al. (2005), kde sledovali komunikační bariéry mezi sestrami a staršími pacienty. Bylo zjištěno, že sestry a pacienti vnímají význam bariér odlišně: sestry uváděly vyšší skóre u komunikačních bariér souvisejících s pacientem, zatímco pacienti uváděli vyšší skóre u bariér souvisejících se sestrou (Park E. et al., 2005). Sheldon L., Hilaire D., (2014) ve svém výzkumu uvádí jak časté problémy v komunikaci nedostatek sebevědomí sester, jazykové bariéry a násilí (Sheldon L., Hilaire D., 2014). Nedostatek sebevědomí uvádí i jiní autoři, důvodem jsou často stresové situace, kdy sestry nestihnou plnit slíbené úkoly. Žádný z našich respondentů tuto odpověď nezvolil. Dále bylo zmíněno násilí ze strany pacientů, s tím souhlasí i odpovědi našich respondentů.

Při otázce příčin nezvládnutí komunikace (graf č. 27), naši respondenti nejčastěji volili odpověď agrese ze strany pacienta, poté již zmíněnou časovou tíseň a jazykovou bariéru. Sice většina sester nejčastěji volila odpověď agrese jako důvod nezvládnutí komunikace sester, ale při otázce zda vědí, jak jednat s agresivním pacientem, většina volila kladnou odpověď. Faktory přispívající agresivnímu chování pacienta často jsou

nevhodně zvolená či nedostatečná komunikace a dlouhé čekací doby (Angland S., et al., 2013).

Většina sester uvedla, že má dostatečné znalosti v oblasti komunikace se specifickými skupinami pacienty, také většina uvedla, že respektuje kulturní odlišnosti pacienta (graf č. 14, graf č. 17). Při otázce na zájem o spirituální potřeby větší část našich respondentů odpověděla, že o spirituální potřeby pacienta jeví zájem, ovšem tato část není o moc větší, než druhá, která zájem nejeví. Stejně tak je to s otázkou na kulturní a náboženské znalosti (graf č. 18) Podle mého názoru by sestry měly mít větší zájem o tyto potřeby pacienta, protože větší zájem sester povede k větší důvěře pacienta a efektivnější komunikaci.

V otázce, zdali se sestry pacientovi při přijetí představují, většina sester volila odpověď ano či spíše ano. Zajímavé je, že pacienti většinou uváděli, že se jim sestra nepředstavuje. Dále v dotazníku byla otázka, zda sestry využívají zpětnou vazbu (graf č. 11). Pro zjištění, zda sestry vědí co pod tímto pojmem představit, byla v dotazníku ještě kontrolní otázka (graf č. 24). Odpovědi na tyto dvě otázky se lišily. U obou otázek většina respondentů odpověděla kladně. Tři respondenti odpověděli opačně u kontrolní otázky než u otázky na zpětnou vazbu. Z toho lze usoudit, že tito tři respondenti nevědí, co znamená zpětná vazba.

Komunikace je nedílnou součástí lidské přirozenosti. Nikdo nemůže komunikovat. Komunikace má obsah a hodnotu. Obsah se týká toho, co bylo řečeno, zatímco vztah se týká toho, jak to bylo řečeno. Komunikace není nikdy jednosměrná. Je to interakce, ve které se každý odesílatel stává příjemcem a naopak. Neschopnost rozpoznat funkci obousměrné komunikace často vede k negativním závěrům a postojům. Odeslaná zpráva navíc není stejná jako zpráva přijatá. Dekódování zpráv je založeno na individuálních faktorech a subjektivním vnímání. Tato skutečnost ve spojení s procesem zpětné vazby vytváří komunikaci. Něco, co jsme slyšeli, interpretujeme nikoli podle toho, co odesílatel skutečně řekl, ale podle našeho vlastního kódu (Kourkouta L., Papathanasion I., 2014).

Myslím si, že komunikace mezi sestrou a pacientem na urgentním příjmu není jednoduchá. Pro sestry je náročná z mnoha důvodů, jako je stres, časová náročnost, jazyková bariéra, různorodost pacientů apod. Ale i pro pacienta bývá těžké zůstat v klidu v prostředí přeplněného urgentního příjmu a čekat dlouhé hodiny, když má

strach o své zdraví nebo zdraví svých blízkých či je narušeno jeho soukromí. Do jisté míry za to může nevhodně situované prostory urgentního příjmu, ale někdy je to čistě vina ošetrovatelského personálu. Pro je profesionální, efektivní komunikace nezbytnou schopností. Proto je důležité, aby byly sestry pracující na urgentním příjmu neustále vzdělávány v oblasti komunikačních dovedností.

6 Závěr

Diplomová práce se zabývala komunikací mezi sestrou a pacientem na oddělení urgentního příjmu. První část diplomové práce se zabývala současným stavem v oblasti komunikace v ošetrovatelství, typy a strukturou oddělení urgentního příjmu, dále byla tato část zaměřena také na komunikaci na urgentním příjmu a komunikaci s vybranými specifickými skupinami pacientů.

Další část diplomové práce měla praktické zaměření. Cílem práce bylo zmapovat zvláštnosti komunikace sestry a pacienta na oddělení urgentního příjmu. K vyplnění cíle bylo dosaženo pomocí dvou výzkumných otázek a dvou hypotéz. Výzkumné otázky zněly: Jaké jsou zkušenosti pacientů s komunikací ze strany sestry na oddělení urgentního příjmu? Jaké problémy v komunikaci mezi sestrou a pacientem se vyskytují na urgentním příjmu? Stanovené hypotézy zněly: Znalost zásad komunikace se liší dosaženým vzděláním sester. Znalost zásad komunikace se liší délkou praxe sester.

Z výsledků rozhovorů s pacienty vyplynulo, že zkušenosti pacientů z oddělení urgentního příjmu se odlišují, některé jsou pozitivní a některé naopak negativní. Zkušenosti pacientů jsou ovlivněny především chováním a komunikací ze strany sestry. Nejčastějšími problémy z pohledu pacientů je nevhodná komunikace ze strany sestry projevující se protivným, arogantním vystupováním, dále až ignorací pacienta či nenaplněním jejich individuálních potřeb a narušováním jejich intimity. Dalšími faktory způsobujícími problémy v komunikaci jsou dle pacientů nedostatek času sester, vysoký počet pacientů v čekárně či nedostatečná informovanost. Naopak pacienti, kteří měli pozitivní zkušenosti, hodnotili komunikaci se sestrou jako profesionální, s milým přístupem, s ohledem na jejich individuální potřeby a ze strany sestry pocívali zájem. Pacienti, kteří měli pozitivní zkušenost s komunikací ze strany sestry, nevnímali nedostatek času jako problém. Nýbrž ocenili, že i přes časovou tíseň jsou sestry stále laskavé. Z výzkumného šetření tedy vyplývá, že profesionální a efektivní komunikace je základem pro poskytování komplexní a holistické ošetrovatelské péče, kdy výsledkem bude spokojený pacient.

Z výsledků dotazníků vyplynulo, že největší bariérou pro sestry je již zmiňovaný nedostatek času, agrese ze strany pacienta či jazyková bariéra. Bylo také zjištěno, že sestry málo zajímají o spirituální potřeby pacienta a mají nedostatečné znalosti v oblasti jiných kultur či náboženství. Bylo zjištěno, že vzdělání souvisí se znalostí zásad

komunikace. Čím vyšší vzdělání sestry mají, tím mají vyšší znalosti zásad komunikace. Dále bylo zjištěno, že znalost zásad komunikace se neliší délkou praxe. Z výzkumného šetření vyplývá, že celoživotní vzdělávání v oblasti komunikačních dovedností sester pracujících na oddělení urgentního příjmu je velice důležité. Bylo také zjištěno, že valná většina sester by o vzdělávací akce pro zvýšení jejich komunikačních dovedností měla zájem.

Výzkum může sloužit jako studijní materiál pro sestry pracující na oddělení urgentního příjmu. Dalšími náměty pro tuto oblast bych doporučovala zaměřit se na specifické skupiny pacientů zvláště a jednotlivým tématům se věnovat více do hloubky. Dále by bylo vhodné zaměřit se na vzdělávání sester v oblasti zvyšování komunikačních dovedností v rámci Etického kodexu sester.

7 Seznam použité literatury

1. ABDULLA M. et al., 2022. *Barriers to nurse-patient communication in primary healthcare centers in Bahrain: Patient perspective* [online]. International Journal of Nursing Sciences. Vol 9(2), p.230-235. [cit. 2023-04-20]. Doi:10.1016/j.ijnss.2022.03.006. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2022.03.006>.
2. AK M., et al., 2011. *Communication skills training for emergency nurses* [online]. Int J Med Sci. 2011;8(5):397-401. [cit. 2023-04-20]. doi:10.7150/ijms.8.397. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3133844/>
3. AL-KALADEH M., AMRO N., et al., 2020. *Barriers to effective nurse-patient communication in the emergency department* [online]. Emergency Nurse the journal of the RCN Accident and Emergency Nursing Association. 5;28(3):29-35. doi: 10.7748/en.2020.e1969. [cit. 2022-10-08]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32285654/>
4. ADAM, Z., KREJČÍ M., et al., 2011. *Obecná onkologie*. Praha: Galén, s. 309 ISBN 978-80-7262-715-8.
5. ANGLAND S. et al., 2013. *Nurses' perceptions of the factors which cause violence and aggression in the emergency department: A qualitative study* [online]. International Emergency Nursing. Vol 22 (3), p. 134 – 139. [cit. 2023-04-20]. Doi:10.1016/j.ienj.2013.09.005 Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2013.09.005>
6. ARSHAD, F.H., WILLIAMS, A., et al., 2015. [A Modified Simple Triage and Rapid Treatment Algorithm from the New York City (USA) Fire Department online]. Prehospital and Disaster Medicine. Cambridge University Press, 30(2), pp. 199–204. [cit. 2022-10-01]. doi: 10.1017/S1049023X14001447. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/abs/modified-simple-triage-and-rapid-treatment-algorithm-from-the-new-york-city-usa-firedepartment/135C3C8280B393794577A7F9BA5C3042>
7. ANDRŠOVÁ, A. 2012. *Psychologie a komunikace pro záchranáře: v praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4119-2.

8. BURDA, P., 2013. *Krizová komunikace s agresivním a hostilným pacientem*. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů, s. 52. ISBN 978-80-7013-564-8.
9. BREITHAAPT, F., 2018. *The bad things we do because of empathy* [online]. *Interdisciplinary Science Reviews* [cit 2022-09-10]. 43(2), s. 166-174. ISSN 03080188. Dostupné z: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/03080188.2018.1450928>
10. DISSOU, J., 2018. *Dětský urgentní příjem*. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči* [online]. 21(2), 9-11 [cit. 2022-09-30]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2018_2.pdf
11. DISSOU, J., 2015. *Dětský urgentní příjem Fakultní nemocnice Motol*. *Urgentní medicína: Časopis pro neodkladnou lékařskou péči* [online]. 18(2), 28-29 [cit. 2022-09-30]. ISSN 1212-1924. Dostupné z: https://urgentnimedicina.cz/casopisy/UM_2015_02.pdf
12. ERIKSSON-LIEBON M., ROOS S., 2021. *Patients' expectations and experiences of being involved in their own care in the emergency department: A qualitative interview study* [online]. *JCN Journal of Clinical Nursing*, vol. 30 (13-14), p.1942-1952. [cit. 2023-04-19].Doi:10.1111/jocn.15746. Dostupné z: <https://doi.org/10.1111/jocn.15746>
13. FANN W., et al., 2019. *Do Emergency Nurses Spend Enough Time on Nursing Activities? The Relationship Between Actual and Expected Patient Care Nursing Time* [online]. *J. Acute Med.* 2019 Dec 1;9(4):161-171. [cit. 2023-04-20]. doi: 10.6705/j.jacme.201912_9(4).0002. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7440367/>
14. FRANC., J.M., SCOTT W.K., et al., 2022. *Metastart: A Systematic Review and Meta-Analysis of the Diagnostic Accuracy of the Simple Triage and Rapid Treatment (START) Algorithm for Disaster Triag* [online]. *Prehospital and Disaster Medicine*. Cambridge University Press, 37(1), pp. 106–116. [cit. 2022-10-01]. doi: 10.1017/S1049023X2100131X. Dostupné z: <https://www.cambridge.org/core/journals/prehospital-and-disaster-medicine/article/abs/metastart-a-systematic-review-and-metaanalysis-of-the-diagnostic-accuracy-of-the-simple-triage-and-rapid-treatment-start-algorithm-for-disaster-triage/9780160ABB6FD77AAAA941155C4A310E>

15. GURKOVÁ, E., GÁLLIKOVÁ D., et al., 2015. *Agresia pacientov a pracovná spokojnosť sestier vo vybranom zdravotníckom zariadení v Rakúsku*. *Ošetrovateľstvo*. 5(1), 6-12. ISSN 1338-6263.
16. GIDDENS, A., 2013. *Sociologie*. Praha: Argo. ISBN 978-80-257-0807-1.
17. GULÁŠOVÁ, I. ŠVECOVÁ J., et al., 2010. *Manažment práce sestry na oddelení anestézie a intenzívnej medicíny*. [online]. © DocPlayer.net [cit. 2022-10-08]. Dostupné z: <http://www.pulib.sk/web/kniznica/elpub/dokument/mizenkova1/subor/16.pdf>
18. HERMANN R., et al., 2019. *Improving Patients'Experiences Communicating With Nurses and Providers in the Emergency Department* [online]. *Journal of Emergency Nursing*. Vol. 45 (3), p. 523-530. [cit. 2023-04-20]. Doi: 10.1016/j.jen.2018.12.000. Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2018.12.001>
19. HUBÁČEK P., FILIPČÍKOVÁ R., et al., 2017. *Efektivní systém třídění nemocných a zraněných*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci. ISBN 978-80-244-5227-2.
20. HUBÁČEK P., LABONKOVÁ M., et al., 2017. *MTS – efektivní metoda třídění zraněných a nemocných* [online]. Olomouc. *Medicína pro praxi* [cit 2022-09-24]. Dostupné z: <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2018/02/06.pdf>
21. HANÁKOVÁ, A., 2016. *Komunikace a lidé se smyslovým postižením*. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, s. 36. ISBN 978-80-244-2649-5.
22. HARTIGAN, L. et al., 2018. *Patients' perception of privacy and confidentiality in the emergency department of a busy obstetric unit* [online]. *BMC Health Serv Res* 18, 978. [cit. 2023-04-19]. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3782-6> Dostupné z: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-018-3782-6#citeas>
23. CHEN X., et al., 2023. *Assessing emergency department nurses'ability to communicate with angry patients and the factors that influence it* [online]. *Front. Public Health*. vol 11. [cit. 2023-04-20]. Doi: 10.3389.2023.1098803 Dostupné z: <https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1098803>
24. CHRIST, M., GROSSMANN F., et.al., 2010. *Modern Triage in the Emergency Department* [online]. *Deutsches Arzteblatt international* vol. 107(50), pp. 892-8. [cit. 2022-10-02]. doi:10.3238/arztebl.2010.0892 Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21246025/>

25. JANOUŠEK, J., 2015. *Psychologické základy verbální komunikace*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4295-3.
26. KUTNOHORSKÁ J., PLISKOVÁ B., 2017. *Komunikace a etické aspekty péče o seniory* [online]. Zlín: Univerzita Tomáše Bati ve Zlíně. [cit. 2022-10-14]. ISBN 978-80-7454-694-5.
27. KOURKOUTA L., PAPATHANASIOU I., 2014. *Communication in nursing practice* [online]. *Mater Sociomed.* Feb;26(1):65-7. [cit. 2023-04-20]. doi: 10.5455/msm.2014.26.65-67. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3990376/>
28. JACK K., RIDLEY C., et al., 2019. *Effective communication with older people* [online]. *Nursing Older People.* 31 (4). [cit. 2022-10-02]. DOI 10.7748/nop.2019.e1126. Dostupné z: https://www.researchgate.net/publication/333467284_Effective_communication_with_older_people
29. KABÁTOVÁ, O., 2012. *Špecifická komunikácie s geriatrickým pacientom. Diagnóza v ošetrovatelství: odborný a informační časopis pro zdravotnické pracovníky.* 8(6), s. 7-8 ISSN 1801-1349.
30. KALVACH, Z., ČELEDOVÁ L., et al., 2011. *Křehký pacient a primární péče*. 1. vyd. Praha: Grada. 400 s. ISBN 978-80-247-4026-3.
31. KRAHULCOVÁ, B. 2014. *Komunikační systémy sluchově postižených*. Praha: Beakra, 375 s. ISBN 978-80-903863-2-7
32. LARSEN, R., MANGRIO E., et al., 2021. *Interpersonal Communication in Transcultural Nursing Care in India: A Descriptive Qualitative Study*. *Journal of transcultural nursing : official journal of the Transcultural Nursing Society* vol. 32(4), s. 310-317. doi:10.1177/1043659620920693
33. LIBERDOVÁ E., 2014. *Základy komunikace s lidmi se sluchovým postižením ve zdravotnickém zařízení* [online]. *Florence* 10/2014. [cit. 2020-02-27]. Dostupné z: <https://www.florence.cz/casopis/archiv-florence/2014/10/zaklady-komunikace-s-lidmi-se-sluchovym-postizenim-ve-zdravotnickem-zarizeni/>
34. LANGER J., 2014. *Komunikace osob se sluchovým postižením*. Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3674-6.
35. LANGER J., 2014. *Znakové systémy v komunikaci neslyšících*. Univerzita Palackého. ISBN 978-80-244-3746-0

36. LEDEREROVÁ, K., 2014. *Zdravotnictví a medicína: Komunikace ve zdravotnictví*. [online]. Praha: Mladá fronta, [cit. 2022-10-03]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/komunikace-ve-zdravotnictvi-473723>
37. LINHARTOVÁ V., 2012. *Komunikace s pacienty handicapovanými a sociálně znevýhodněnými* [online]. Praha: Seniorzone. [cit. 2022-10-19] Dostupné z: <https://www.seniorzone.cz/33/komunikace-s-pacienty-handicapovanymi-a-socialne-znevychodnenymi-uniqueidmRRWSbk196FNf8-jVUh4EhIEi31KxZtw-EzS1yVCetw/>
38. LANGER, J., KUČERA, P., 2012. *Komunikace s osobami se sluchovým postižením*. In: LUDÍKOVÁ, L., KOZÁKOVÁ, Z. a kol. *Specifika komunikace s osobami se speciálními vzdělávacími potřebami*. Olomouc: Univerzita Palackého, s. 37–53. ISBN 978-80- 244-3094-2
39. LIN Y.K., CHEN K., et al., 2021. *Simple triage and rapid treatment protocol for emergency department mass casualty incident victim triage* [online]. The American journal of emergency medicine, 53, pp. 99–103. [cit. 2022-10-01]. doi:10.1016/j.ajem.2021.12.037 Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35007873/>
40. LIN Y. K., LIN C. J., 2011. *Factors predicting patients' perception of privacy and satisfaction for emergency care* [online]. Emergency Medicine Journal, 28(7), 604–608. [cit. 2023-04-19]. <https://doi.org/10.1136/emj.2010.093807> Dostupné z: <https://emj.bmj.com/content/28/7/604>
41. MAHMOUD H., et al., 2013. *Barriers to nursing care in emergency wards* [online]. Iran J Nurs Midwifery Res. 18(2):145-51. [cit. 2023-04-20]. PMID: 23983745 Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3748571/>
42. *Ministerstvo zdravotnictví vydává metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů*, 2020. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit 2022-09-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/tiskove-centrum-mz/ministerstvo-zdravotnictvi-vydava-metodicky-pokyn-pro-zrizeni-a-vedeni-urgentnich-prijmu/>
43. *Ministerstvo zdravotnictví a zdravotní pojišťovny vytvořily mapu urgentních příjmů*, 2019 [online]. Zdravotnický deník. [cit 2022-09-24] Dostupné z: <https://www.zdravotnickydenik.cz/2019/12/ministerstvo-zdravotnictvi-zdravotni-pojistovny-vytvorily-mapu-urgentnich-prijmu/>

44. *Memorandum Ministerstva zdravotnictví a zdravotních pojišťoven o spolupráci při budování sítě zdravotnických zařízení s funkčnímu urgentními příjmy v České republice*, 2019. [online]. Ministerstvo zdravotnictví České republiky [cit 2022-09-24]. Dostupné z: <https://www.mzcr.cz/wp-content/uploads/wepub/18314/39806/Memorandum%20o%20spolupr%C3%A1ci%20p%C5%99i%20budov%C3%A1n%C3%AD%20s%C3%ADt%C4%9B%20zdravotnick%C3%BDch%20za%C5%99%C3%ADzen%C3%AD%20s%20funk%C4%8Dn%C3%ADmi%20urgentn%C3%ADmi%20p%C5%99%C3%ADjmy%20v%20%C4%8CR.PDF>
45. MIKULÁŠTÍK, M., 2010. *Komunikační dovednosti v praxi*. 2., dopl. a přeprac. vyd. Praha: Grada, s. 29. Manažer. ISBN 978-80-247-2339-6.
46. MOSKOP JC, et al., 2005. *HIPAA: Privacy and confidentiality in Emergency Medicine – Part I: Conceptual, moral, and legal foundations* [online]. *Ann Emerg Med.* 20;45(1), s. 53–9. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: [https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644\(04\)01279-X/fulltext](https://www.annemergmed.com/article/S0196-0644(04)01279-X/fulltext)
47. PATI D., et al., 2014. *Physical Design Correlates of Efficiency and Safety in Emergency Departments A Qualitative Examination* [online]. *Critical Care Nursing Quarterly*, 37(3), 299–316. [cit. 2023-04-19]. Doi:10.1097/CNQ.0000000000000032 Dostupné z: <https://doi.org/10.1097/CNQ.0000000000000032>
48. PATI D. et al., 2016. *Security Implications of Physical Design Attributes in the Emergency Department* [online]. *Health Environments Research & Design Journal*, 9 (4), 50–63. [cit.2023-04-19] .Doi: 10.1177/1937586715626549 Dostupné z: <https://doi.org/10.1177/1937586715626549>
49. PARK E., MISOON S., 2005. *Communication barriers perceived by older patients and nurses* [online]. *International Journal of Nursing Studies*. 42 (2), p. 159-166. [cit. 2023-04-20]. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2004.06.006 Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.006>
50. PEKARA, J. 2015. *Komunikace jako sebeobrana zdravotníka. Praha: Institut postgraduálního vzdělávání ve zdravotnictví*. ISBN 978-80-87023-46-4.
51. PEKARA, J. 2017. *Fenomén násilí ve zdravotnictví*. *Urologie pro praxi*. 18(4), 143. ISSN 1213-1768.
52. PŘIBYL, H., 2015. *Lidské potřeby ve stáří*. Praha: Maxdorf, s. 96. Jessenius. ISBN 978-80-7345-437-1.

53. PLEVOVÁ, I., SLOWIK R., 2010. *Komunikace s dětským pacientem*. Praha: Grada, Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-2968-8.
54. PLEVOVÁ, I. BUŽGOVÁ R., et al., 2019. *Ošetrovatelství 2, 2.*, přepracované a doplněné vydání. 2. vydání. Praha: Grada. 200 s. ISBN 978-80-271-0889-3.
55. PTÁČEK, R. a BARTŮNĚK P., 2011. *Etika a komunikace v medicíně*. Praha: Grada. Edice celoživotního vzdělávání ČLK. ISBN 978-80-247-3976-2.
56. PETRŽELA M., 2012. *Dětský urgentní příjem aneb jak to funguje* [online]. Zdraví euro. [cit. 2022-09-30]. Dostupné z: <https://zdravi.euro.cz/clanek/sestra/detsky-urgentni-prijem-aneb-jak-to-funguje-466798>
57. POLÁK, M., 2018. *Třídění pacientů na oddělení emergency, aneb, Návrh, jak by to mohlo vypadat*. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny. ISBN 978-80-204-4650-3.
58. POLÁK M., 2015. *Třídění pacientů bohužel chybí ve většině nemocnic* [online]. Příbramský deník.cz. [cit. 2022-09-25]. Dostupné z: https://pribramsky.denik.cz/zpravy_region/martin-polak-trideni-pacientu-bohuzel-chybi-ve-vetsine-nemocnic-20150612.html
59. POLÁK, M., 2016. *Urgentní příjem: nejčastější znaky, příznaky a nemoci na oddělení urgentního příjmu*. Druhé, přepracované a doplněné vydání. Praha: Mladá fronta. Edice postgraduální medicíny, s. 24. ISBN 978-80-204-3939-0.
60. PAVLÍK D., 2015. *Manuál pomoci nevidomým*. Praha: Okamžik. ISBN 978-80-86932-41-5
61. POKORNÁ, A., 2010. *Efektivní komunikační techniky v ošetrovatelství*. Vyd. 3., dopl. Brno: Národní centrum ošetrovatelství a nelékařských zdravotnických oborů. ISBN 978-80-7013-524-2.
62. POKORNÁ A., 2010. *Komunikace se seniory*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-3271-8.
63. POSPÍŠILOVÁ V., 2017. *Zajištění intimity a důstojnosti u pacientů na urgentním příjmu, samozřejmost nebo nadstandard? České Budějovice*. Diplomová práce. ZSF JCU.
64. REMEŠ, R., TRNOVSKÁ, S., 2013. *Praktická příručka přednemocniční urgentní medicíny*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4530-5
65. ROMANOVÁ T., 2020. *Parta nadšenců rozjela Chytrou triáží, ochrání jak pacienty, tak i zdravotníky* [online]. Praha: 3. LF UK. [cit. 2022-10-08]. Dostupné z: <https://www.lf3.cuni.cz/3LF-1805.html>

66. ROISIN M., 2022. *Communication with Children in Emergency Care* [online]. [podcast] Melbourne: CODA22, 11-14 September. [cit. 2022-10-08]. Dostupné z: <https://codachange.org/communication-with-children-in-emergency-care-roisin-mcnamara/>
67. ROWE A., KNOX M., 2022. *The Impact of the Healthcare Environment on Patient Experience in the Emergency Department: A Systematic Review to Understand the Implications for Patient-Centered Design* [online]. HERD: Health Environments Research & Design Journal. [cit. 2023-04-19]. doi:10.1177/19375867221137097 Dostupné z: https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/19375867221137097?rfr_dat=cr_pub++0pubmed&url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori%3Arid%3Acrossref.org#bibr65-19375867221137097
68. RINGDAL M. et al., 2017. *Patient preferences for participation in patient care and safety activities in hospitals* [online]. BMC Nurs. Nov 21;16:69. [cit. 2023-04-19]. doi: 10.1186/s12912-017-0266-7. PMID: 29200965; PMCID: PMC5696683. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29200965/>
69. STRNADOVÁ V., 2011. *Interpersonální komunikace: monografie*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-1570.
70. SONIS J.D., et al., 2018. *Emergency Department Patient Experience: A Systematic Review of the Literature* [online]. Journal of Patient Exp. 25(2):101-106. [cit. 2023-04-19]. doi:10.1177/2374373517731359 Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29978025/>
71. SANFACON, J., BROCK G., et al., 2013. *Original article: Use of the „crash room“ in a rural hospital: case review of 100 cases* [online]. Canadian Journal and Rural Medicine. [cit. 2022-09-25]. Dostupné z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24398352>
72. SCOTT K., et al. 2007. *Confidentiality in the waiting room: an observational study in general practice*. Br J Gen Pract. 57(539):490–3 PubMed PMID: 17550676. Pubmed Central PMCID: 2078190. [cit. 2023-04-19]. Dostupné z: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17550676/>
73. SHARON, T., 2015. *Standards of Care in the Emergency Room: The Emergency Waiting Game* [online]. Evidence-Based Health Care for Healing and Wellness. [cit. 2022-09-23]. Dostupné z: <https://www.linkedin.com/pulse/standards-care-emergency-room-waiting-gamesharon-r-n-m-p-h>

74. SHELDON L., HILAIRE D., 2014. *Professional Development of Communication Skills in Healthcare: Perspectives of Graduates upon Completion of Undergraduate Nursing Education and During the First Two Years of Clinical Practice*. Journal of Nursing Education and Practice. Vol 5 (7). ISSN 1925-4040
75. SINGER R., INFANTE A., et. al., 2012. *The Use of and Satisfaction with the Emergency Severity Index* [online]. Journal of Emergency Nursing vol. 38(2), pp. 120-126. [cit. 2022-10-02]. Dostupné z: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0099176710003211?casa_token=gIvZovh8XqQAAAAA:q4WO_neG7skPzZqTsyUs5ncdZr1jdVkrR3MLmNWKtleilm0kVwZwhbH-Rg_oFyUzn9xsUPiBCI4
76. ŠPATENKOVÁ, N., KRÁLOVÁ, J., 2009. *Základní otázky komunikace: komunikace (nejen) pro sestry*. Praha: Galén. ISBN 978-80-7262-599-4
77. ŠÍN, R., FRANĚK O., et al., 2017. *Medicína katastrof*. 1. vyd. Praha: Galén. 351 s. ISBN 978-80-7492-295-4.
78. ŠOUPAL., 2016. *Urgentní příjem velkých nemocnic, nový fenomén v medicíně prvního kontaktu*. SVL ČLS JEP, 18. ISSN 1213-8711.
79. ŠTĚTINA, J., BÝMA S., et al., 2014. *Zdravotnictví a integrovaný záchranný systém při hromadných neštěstích a katastrofách*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4578-7.
80. TOMOVÁ, Š., KŘIVKOVÁ J., 2016. *Komunikace s pacientem v intenzivní péči*. Praha: Grada Publishing, Sestra (Grada), s. 15-27. ISBN 978-80-271-0064-4.
81. TÓTHOVÁ, V., et al., 2010. *Zabezpečení efektivní ošetrovatelské péče o vietnamskou a čínskou minoritu*. Praha: Triton. ISBN 978-80-7387-414-8.
82. TÓTHOVÁ, V., OLIŠAROVÁ V., a kol., 2017. *Využití koncepčních modelů v práci sester v klinickém a komunitním ošetrovatelství*. České Budějovice: Jihočeská univerzita v Českých Budějovicích, Zdravotně sociální fakulta. ISBN 978-80-7422-630-4.
83. TREŠLOVÁ, M., 2014. *Komunikace ve fázích ošetrovatelského procesu*. In TÓTHOVÁ, V. a kol., *Ošetrovatelský proces a jeho realizace*. Vydání 2. aktualizované. Praha: Triton. 173-198 s. ISBN 978-80-7387-785-9.
84. TREŠLOVÁ M., 2017. *Terapeutická komunikace v kontextu ošetrovatelství*. České Budějovice. Habilitační práce. ZSF.

85. TOBIANO, G. et al., 2015. *Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review* [online]. International Journal of Nursing Studies, 52 (6), 1107 – 1120. [cit 2023-04-19]. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010
Dostupné z: <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.02.010>
86. VÉVODA, J., BÁRTLOVÁ S., et al., 2013. *Motivace sester a pracovní spokojenost ve zdravotnictví*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-4732-3.
87. Věstník Ministerstva zdravotnictví, 2020. *Metodický pokyn pro zřízení a vedení urgentních příjmů poskytovateli lůžkové péče v ČR*. [online]. EPIS. [cit 2022-09-24]. částka 9. Dostupné z: <https://www.novyepis.cz/vestniky/389014>
88. VIOTTI, S., et al., 2020. *The Buffering Effect of Humanity of Care in the Relationship between Patient Satisfaction and Waiting Time: A Cross-sectional Study in an Emergency Department* [online]. Int. J. Environ. Res. Public Health 17, 2939. [cit 2023-04-19]. Doi: 10.3390/ijerph17082939. Dostupné z: <https://doi.org/10.3390/ijerph17082939>
89. Vyhláška č. 55/2011 Sb., o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků. [online]. [cit 2022-09-24]. In: *Sbírka zákonů České republiky*. Dostupné z: mzcr.cz/novela-vyhlasky-o-cinnostech-prinasi-sestram-vyssi-kompetence/
90. YANCEY CC., O'ROURKY M., 2021. *Emergency Department Triage*. [online]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing, pp. 1-18. [cit. 2022-10-02]. Dostupné z: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557583/?report=reader#NBK557583_pubdet
91. Zákon č. 374/2011 Sb., Zákon o zdravotnické záchranné službě, 2011. [online]. [cit 2022-09-24]. In: *Sbírka zákonů České republiky*, částka 131, s. 4839 ISSN 1211-1244. Dostupné z: <https://aplikace.mvcr.cz/sbirka-zakonu/ViewFile.aspx?type=z&id=23499>
92. ZACHAROVÁ, E. a ŠIMÍČKOVÁ-ČÍŽKOVÁ J., 2011. *Základy psychologie pro zdravotnické obory*. Praha: Grada, Sestra. ISBN 978-80-247-4062-1.
93. ZACHAROVÁ, E., 2016. *Komunikace v ošetrovatelské praxi*. Praha: Grada Publishing. Grada, s. 8-65. ISBN 978-80-271-0156-6.
94. ZACHAROVÁ E., 2017. *Význam sociální komunikace s dítětem ve zdravotnické praxi* [online]. Ostrava: *Pediatric pro praxi* 18(2). [cit. 2022-10-08]. Dostupné z: https://www.pediatricpropraxi.cz/artkey/ped-201702-0001_Vyznam_socialni_komunikace_s_ditetem_ve_zdravotnicke_praxi.php?l=en

8 Seznam příloh

Příloha č. 1 – Otázky k rozhovoru

- 1) Kolik vám je let?
- 2) Kolikrát jste byl/a ošetřen/a na oddělení urgentního příjmu?
- 3) Jakým způsobem jsem byl/a přijat na oddělení urgentního příjmu? (ZZS či po vlastní ose)
- 4) Představila se Vám sestra, která Vás ošetřovala?
- 5) Informovala Vás sestra o plánu ošetření na urgentním příjmu?
- 6) Byly poskytnuté informace dostatečné?
- 7) Ověřily si sestry, že jste sdělení dostatečně porozuměl/a?
- 8) Jak na Vás působila komunikace ze strany sester?
- 9) Jak sestra reagovala na Vaše požadavky?
- 10) Měla na Vás sestra při ošetření dostatek času?
- 11) Jak jste se cítil/a při komunikaci se sestrou, která Vás ošetřovala?
- 12) Co Vám při komunikaci scházelo a co jste naopak ocenil/a?

(Zdroj: vlastní výzkum, 2023)

Příloha č. 2 – Otázky k dotazníku

- 1) Jste**
 - a) žena b) muž
- 2) Kolik je Vám let?**
 - a) 18-30 b) 31-45 c) 46-55 d) 56 let a více
- 3) Jaké je Vaše nejvyšší dosažené vzdělání?**
 - a) středoškolské b) vyšší odborné c) VŠ bakalářské d) VŠ magisterské e) VŠ doktorské
- 4) Jaké je délka Vaší praxe?**
 - a) méně než 10 let b) 11 – 20 let c) 21 – 30 let d) 31 a více let
- 5) Pracujete na urgentním příjmu**
 - a) Nízkoprahovém b) Vysokoprahovém
- 6) Představujete se pacientovi při přijetí?**
 - a) ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 7) Myslíte si, že informace, které podáváte v rámci plánu ošetření pacienta, jsou dostatečné?**
 - a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 8) Vnímáte schopnost dobře komunikovat jako podstatnou dovednost při Vaší práci?**
 - a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 9) Myslíte si, že dobře ovládáte schopnost komunikace?**
 - a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 10) Máte na každého pacienta dostatek času?**
 - a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 11) Ověřujete si, zda pacient sdělení dostatečně porozuměl?**
 - a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 12) Jaké jsou podle Vás nejčastější bariéry v komunikaci na Vašem oddělení?**
 - a) Nedostatek času
 - b) Nedostatek trpělivosti z mé strany
 - c) Nedostatek trpělivosti ze strany pacienta
 - d) Neochota pacienta podílet se na komunikaci
 - e) Nevím, jak správně komunikovat
 - f) Jiné:

13) S jakými specifickými skupinami pacientů se na Vašem oddělení setkáváte nejčastěji?

- a) S dětskými pacienty
- b) Se seniory
- c) Se smyslově handicapovanými pacienty
- d) S minoritními skupinami pacientů
- e) S agresivními pacienty
- f) Jiné:

14) Myslíte si, že máte dostatečné znalosti, jak komunikovat se specifickými skupinami pacientů?

- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

15) Jaké prostředky využíváte při komunikaci s cizincem na Vašem oddělení?

- a) Online překladač
- b) Neverbální komunikace
- c) Tlumočník
- d) Rodinný příslušník
- e) Umím cizí jazyk
- f) Komunikační karty
- g) Tužka a papír
- h) Piktogramy
- i) Slovník
- j) Nevyužívám žádné prostředky
- k) Jiné:

16) Zajímáte se o spirituální potřeby pacienta?

- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

17) Respektujete kulturní odlišnosti pacienta?

- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

18) Myslíte si, že máte dostatečné znalosti o jiných kulturách a náboženstvích?

- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

19) Máte odlišný přístup v komunikaci u různých věkových skupin pacientů?

- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

20) Myslíte si, že jste dostatečně trpělivý při komunikaci se seniory?

- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

21) Je pro Vás těžké komunikovat s dětskými pacienty?

- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 22) Myslíte si, že víte jak správně jednat s agresivním pacientem?**
- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 23) Zjišťujete při přijetí pacienta, zda je nějakým způsobem smyslově znevýhodněný?**
- a) Ano vždy b) většinou ano c) většinou ne d) ne
- 24) Využíváte zpětnou vazbu při komunikaci s pacientem?**
- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 25) Je pro Vás náročné ošetřovat pacienta s jinou kulturou či náboženstvím?**
- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne
- 26) Byl/a jste někdy v situaci, kdy jste nezvládl/a komunikaci s pacientem?**
- a) Ano b) ne
- 27) Z jakého důvodu jste nezvládl/a komunikaci s pacientem?**
- a) Z důvodu agresivity pacienta
- b) Z důvodu časové tísně
- c) Z důvodu jazykové bariéry
- d) Komunikaci jsem vždy zvládl/a
- e) Jiné:
- 28) Kde získáváte informace o komunikaci se specifickými skupinami pacientů?**
- a) Při osobním kontaktu s těmito skupinami
- b) Z odborných internetových zdrojů
- c) Ve škole
- d) Z odborné knižní literatury
- e) O toto téma se nezajímám
- f) Jiné:
- 29) Myslíte si, že přednášky či jiné vzdělávací akce na téma komunikace se specifickými skupinami pacientů by pro Vás byly přínosné?**
- a) Ano b) spíše ano c) spíše ne d) ne

(Zdroj: vlastní výzkum, 2023)

9 Seznam použitých zkratek

ARO – anesteziologicko-resuscitační oddělení

ORL - otorinolaryngologie

EKG – elektrokardiografie

CT – počítačová tomografie

RTG – rentgenové vyšetření

START – Simple Triage and Rapid Treatment

ESI – Emergency Severity Index

USA – United States of America

MTS – Manchester Triage Scale

ATS – Australian Triage Scale

CTAS – Canadian Triage and Acuity Scale

CTS – Cape Triage Score

METTS – Medical Emergency Triage and Treatment Systém

SATS – South African Triage Scale

OR – Quick Response

MZČR – Ministerstvo zdravotnictví České republiky

Mgr. – magistr (akademický titul označující absolventa vysoké školy v magisterském studijním programu)

SPIKES protokol – protokol sdělování nepříznivé zprávy

Apod. – a podobně

VŠ – vysokoškolské

ZZS – zdravotnická záchranná služba